

SANDRA PATRÍCIA SIMÕES SOARES

# TRAUMA, AUTOAVERSÃO E INGESTÃO ALIMENTAR COMPULSIVA



ESCOLA SUPERIOR DE ALTOS ESTUDOS

## Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de especialização em Terapias Cognitivo-  
Comportamentais

COIMBRA, 2017

# Trauma, Autoaversão e Ingestão Alimentar Compulsiva

Sandra Patrícia Simões Soares

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Mariana Marques Professora Auxiliar Convidada

Coimbra, outubro de 2017

## Agradecimentos

Agradeço a todos os que me apoiaram neste longo e árduo percurso, sem eles teria sido impossível. Em especial à minha família.

Aos meus pais, pelo esforço, pelo encorajamento e pela confiança que sempre me ofereceram para que nada me faltasse, e por me terem proporcionado a dádiva de poder concretizar o meu grande sonho.

Ao avô Armindo, uma pessoa peculiar com quem me assemelho. Um obrigado pelos tantos ensinamentos e valores que me transmitiu, é um exemplo de força a seguir.

À minha querida avó Aida que nem tenho, nem há palavras para descrever o apoio, o carinho, o amor, a educação e os sorrisos que até hoje me deu. Nunca esquecerei, nem nunca serão esquecidos.

Em especial à minha avozinha Ilda a quem eu dedico este projeto de todo o coração. Apesar de não estar entre nós nunca me vou esquecer das palavras sábias, da estima, da alegria e coragem que me passava todos os dias. Era uma mulher de força, garra e inspiração, como nunca vi.

Ao meu padrinho Armindo, agradeço profundamente. Não há palavras que descrevam o quão estou grata.

À minha madrinha Lena, estou agradecida pela afabilidade e pela disponibilidade. Muito obrigada por estarem sempre presentes e pelo carinho.

Bem, agora veem os meus meninos: o David, o afilhado do coração; o Afonsinho da “*melhor prima de sempre*” que o admira; e a menina dos meus olhos, a Eva a quem a “Mimi” adora.

Ao Rúben, por estar sempre comigo, nesta caminhada, lado a lado, em que partilhámos momentos inesquecíveis. Por me tolerar e acalmar nas alturas em que o trabalho foi muito, esgotante, stressante e quase não houve espaço para mais nada, nem para ele. Um obrigada especial com muita ternura.

Ao Zé e á Elizabete, por tudo. Pelos momentos de grande diversão e por, muitas vezes, quando já estava exausta e cansada conseguirem sempre “arrancar” um sorriso. Obrigada pelo carinho, afeto e amabilidade demonstrado ao longo destes seis anos.

Obrigada à família do Zé Tomé pela afeição, simpatia e aconchego que sempre tiveram para comigo e pelos momentos de lazer onde faziam questão que estivesse presente.

Não podia deixar de agradecer à Professora Doutora Mariana Marques pelos conselhos, ensinamentos, paciência, simpatia e carinho, nunca me vou esquecer. À Professora Doutora Paula Castilho pela ajuda imprescindível, bem como à Professora Doutora Helena Espírito-Santo por ter apoiado no processo de análise estatística, ao dominar um dos instrumentos centrais deste trabalho, a TEC.

Um muito obrigada a todos os participantes neste estudo. Sem eles este projeto não poderia ter-se concretizado.

Por fim, aos meus colegas de curso. À Diana, à Susana por terem estado sempre comigo, partilhámos grandes momentos, são amizades que ficam para a vida. À Ana Cláudia, ao Pedro, à Cidália e à Paula por caminharem comigo neste final de etapa.

Há minha querida avozinha Ilda a quem mais uma vez dedico este projeto, nunca me vou esquecer dela onde quer que esteja.

Muito obrigada!

## Resumo

**Introdução:** A perturbação de ingestão alimentar compulsiva é finalmente reconhecida no atual Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, APA, 2014) como uma entidade clínica e vários estudos referem que deve ser encarada como um problema de saúde pública. Estudos internacionais e nacionais exploraram diferentes correlatos dos sintomas de ingestão alimentar compulsiva (IAC), mas importa avaliar outras variáveis na sua determinação, na população geral. Assim, o principal objetivo deste estudo é explorar a associação e o papel preditivo das experiências traumáticas (áreas: emocional, física e sexual) e da autoaversão (suas diferentes dimensões) com os/nos sintomas de IAC, explorando, também, o eventual papel de mediação da autoaversão na relação entre experiências traumáticas e aqueles sintomas.

**Metodologia:** 421 sujeitos da população geral e estudantes universitários (mulheres,  $n = 300$ , 71,3%) preencheram a *Traumatic Events Checklist* (TEC; avalia diferentes áreas de experiência traumática), a *Binge Eating Scale*/Lista de Hábitos Alimentares (BES/LHA; avalia sintomas de IAC) e a Escala Multidimensional de Autoaversão (EMAV; avalia diferentes dimensões de autoaversão).

**Resultados:** Encontraram-se valores de IAC similares aos de estudos nacionais: gravidade ligeira a moderada (total: 5,9%; mulheres: 6,3%; homens: 5,0%) e grave (total: 2,6%; mulheres: 3,3%; homens: 0,8%). Nos homens, a pontuação total de IAC associou-se positivamente à *ativação defensiva*, *cognitivo-emocional* e *evitamento* (autoaversão). O índice de massa corporal (IMC) associou-se positivamente à pontuação total de IAC e *ativação defensiva* (autoaversão) e negativamente ao trauma familiar. Nas mulheres, a pontuação total de IAC associou-se positivamente a todas as dimensões de autoaversão. O trauma sexual, familiar, total de experiências traumáticas e IMC associaram-se positivamente à pontuação total de IAC e todas as dimensões de autoaversão. O IMC, total de experiências traumáticas e a dimensão *cognitivo-emocional* da autoaversão foram os preditores da pontuação total de IAC. A dimensão *cognitivo-emocional* da autoaversão mediou totalmente a relação entre o total de experiências traumáticas e a pontuação total de IAC.

**Discussão:** Numa amostra da população geral e estudantes universitários, verificaram-se valores de IAC semelhantes aos de estudos nacionais. Nas mulheres, o trauma sexual, familiar e total de experiências traumáticas (e todas as dimensões de autoaversão) associaram-se à IAC. Um IMC mais elevado associou-se a níveis superiores de IAC. Em intervenções futuras face a comportamentos alimentares compulsivos, em mulheres, parece fulcral considerar o papel da autoaversão *cognitivo-emocional* na relação entre aqueles comportamentos e a ocorrência distal de acontecimentos traumáticos.

**Palavras-chave:** experiências traumáticas, autoaversão, ingestão alimentar compulsiva.

## Abstract

**Introduction:** Binge eating disorder is finally recognized in the current Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5, APA, 2014) as a clinical entity and several studies refer that it should be viewed as a public health problem. International and national studies have explored different correlates of binge eating symptoms, but it is important to evaluate the role of other variables in the determination of these symptoms in the general population. Thus, the main objective of this study is to explore the association and predictive role of traumatic experiences (emotional, physical and sexual) and of self-disgust (it's different dimensions) with/in the symptoms of binge eating, exploring, also, the possible mediation role of self-disgust in the relation between traumatic experiences and those symptoms.

**Methodology:** 421 subjects from the general population and college students (women,  $n = 300$ , 71.3%) completed the *Traumatic Events Checklist* (TEC; evaluates different areas of traumatic experience), the Binge Eating Scale/List of Eating Habits (BES/LHA; evaluates binge eating symptoms) and the Multidimensional Self-disgust Scale (EMAV; evaluates different self-disgust dimensions).

**Results:** We found values of binge eating (BE) similar to those from other national studies: mild to moderate BE (total: 5,9%; women: 6,3%; men: 5,0%) and severe BE (total: 2,6%; women: 3,3%; men: 0,8%). In men, CBE total score positively correlated with *defensive activation*, *cognitive-emotional* and *avoidance* dimensions (self-disgust). Body mass index (BMI) positively correlated with BE total score and *defensive activation* (self-disgust) and negatively with family trauma. In women, BE total score positively associated with all self-disgust dimensions. Sexual trauma, family trauma, total of traumatic events and BMI positively associated with BE total score and all the self-disgust dimensions. In a hierarchical multiple regression analysis, BMI, total of traumatic events and the *cognitive-emotional* of self-disgust were predictors of BE total score. The *cognitive-emotional* dimension of self-disgust mediated totally the relation between traumatic events and BE total score.

**Discussion:** In a sample from the general population and college students, there were BE values similar to the values from other national studies. In the women, sexual trauma, family trauma and total traumatic experiences (and all the self-disgust dimensions) associated with BE. A higher BMI was associated with higher levels of BE. In future interventions, it seems essential, while focusing on binge eating, in women, to consider the role of *cognitive-emotional* disgust in the relation between those behaviors and the distal occurrence of traumatic events.

**Key-words:** traumatic events, self-disgust, binge eating.

## Introdução

A quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5, APA, 2014) reconhece a Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva (PIAC) (Amianto, Ottone, Daga e Fassino, 2015; APA, 2014), ao contrário das edições anteriores, para além das perturbações alimentares amplamente reconhecidas, anorexia nervosa (AN) e bulimia nervosa (BN) (APA, 2014).

A principal característica da PIAC é a presença de episódios recorrentes de ingestão alimentar compulsiva (em inglês designados de episódios de *binge eating*), sem que se sigam comportamentos compensatórios inapropriados (para evitar o aumento de peso), como acontece na BN, e que é acompanhada por um sentimento de perda de controlo (APA, 2014; Kessler et al., 2013). Estes episódios ocorrem num curto período de tempo, sendo ingerida uma quantidade de alimentos que é superior à que a maioria dos indivíduos precisa (APA, 2014). Adicionalmente, estes episódios apresentam algumas características: ingestão muito mais rápida do que o habitual; comer até se sentir desagradavelmente cheio; ingestão de grandes quantidades de comida apesar de não sentir fome; comer sozinho por se sentir envergonhado pela sua voracidade; sentir-se desgostoso consigo próprio, deprimido ou com grande culpabilidade depois da ingestão compulsiva (APA, 2014).

Até à data, pouco se sabe sobre os mecanismos que conduzem à compulsão alimentar na PIAC, mas, esta parece associar-se à presença de afeto negativo e restrição alimentar prévia (APA, 2014; Schulz e Laessle, 2010). E parecem existir outros precipitantes, nomeadamente: acontecimentos interpessoais stressantes; sentimentos negativos associados ao peso, forma corporal e tédio. Apesar dos episódios de ingestão poderem, a curto prazo, minimizar os fatores que os precipitaram, a autoavaliação negativa e disforia costumam seguir-se aos episódios (APA, 2014).

Teorias focadas na emoção defendem que indivíduos com PIAC têm episódios de *binge eating* para conseguirem lidar com as próprias emoções e com o auto criticismo associado, o chamado “comer emocional” (*emotional eating*) (Schulz e Laessle, 2010; Smyth, Heron, Wonderlich, Crosby e Tompson, 2008). Os sintomas de compulsão aparentemente emergem como uma estratégia inadaptada para tentar, temporariamente, evitar, escapar ou diminuir a frequência ou intensidade de memórias, sentimentos e avaliações negativas por parte dos sujeitos acerca de si próprios como sendo inferiores, ostracizados ou rejeitados por outros. Porém, esses sintomas podem, em última instância, amplificar a vergonha e gerar mais sofrimento, e consequências físicas negativas (Hudson, Hiripi, Pope Jr. e Kessler, 2007; Kessler et al., 2013).

A PIAC apresenta uma prevalência maior em indivíduos com peso normal/excesso de peso e obesos (APA, 2014; Rosenbaum e White, 2013). Associa-se, também, a uma variedade de consequências funcionais: problemas de adaptação a papéis sociais; défices na qualidade e satisfação

com a vida, por motivos de saúde; aumento da morbidade e mortalidade médicas e aumento da utilização dos serviços de saúde, comparativamente com indivíduos de controlo sem a perturbação que apresentam Índice de Massa Corporal (IMC) correspondente (Rosenbaum e White, 2013).

Sabe-se que apesar da ingestão alimentar compulsiva (IAC) estar presente na idade adulta, a idade média de início da PIAC tende a ser o final da adolescência (até o início dos 20 anos) e na BN, em média, tende a ocorrer ainda um pouco mais cedo (Kessler et al., 2013). No estudo de Preti et al., (2009), a maioria das perturbações alimentares teve o seu início entre os 10 e os 20 anos de idade.

Porém, menos de metade dos casos que apresentam BN ou PIAC, ao longo da vida, recebem tratamento (Kessler et al., 2013). A duração média desta última tende a ser ligeiramente menor (Kessler et al., 2013). O risco de vida associado às duas perturbações é elevado nas mulheres (Kessler et al., 2013). Assim, segundo Kessler e colaboradores (2013) e Mitchison, Mond, Slewa-Younan e Hay (2013), a PIAC representa um problema de saúde pública, pelo menos igual à BN (Kessler et al., 2013) e com baixas taxas de tratamento (Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2014; Duarte e Pinto-Gouveia, 2017b; Preti et al., 2009).

De acordo com Mustelin, Bulik, Kaprio e Rahkonen (2017) referem que pouco se sabe acerca das características da PIAC na população geral. Todavia, segundo os dados da Iniciativa Mundial de Saúde Mental da Organização Mundial de Saúde, obtidos em 14 países, em média, a prevalência ao longo da vida da PIAC é de 2% e anual de 0,8% (2,4% e 0,8% em Portugal, especificamente) (Kessler et al., 2013). No estudo da *National Comorbidity Survey Replication* (Hudson et al., 2007) que decorreu entre 2001 e 2003 sobre a prevalência dos correlatos da PIAC, nos Estados Unidos da América, numa amostra não clínica, a prevalência em toda a vida é de 2% para os homens e de 3,5% para as mulheres (anual é de 0,1% e 0,5%, respetivamente). Também no estudo da *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESEMED) (Preti et al., 2009) foi estudada a prevalência ao longo da vida de diferentes PCA's, na população geral, em seis países europeus, usando a nova versão da *Composite International Diagnostic Interview*: AN (0,48%), BN (0,51%), PIAC (1,12%), perturbação alimentar compulsiva subliminar (0,72%) e qualquer compulsão alimentar (2,15%). Os autores referem que os valores são significativamente maiores entre as mulheres do que nos homens (prevalência em toda a vida: homens, 0,26%; mulheres, 1,92%; anual: homens, 0,07%; mulheres, 0,55%) e que existe um risco entre três a oito vezes maior de ocorrência de PCA entre as mulheres (Preti et al., 2009).

No estudo nacional de Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira (2015), numa amostra de mulheres da população geral, usando a *Binge Eating Scale*, 92.7% das mulheres não apresentavam IAC (ou esta era mínima), 5.5% apresentavam IAC ligeira a moderada e 1.8% IAC grave. Tendo em conta os dados de prevalência acima apresentados, Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira (2015) discutem, ainda assim, a dificuldade que existe no domínio da avaliação da PIAC e/ou dos sintomas de IAC, dado que estes



comportamentos tendem a recorrer em segredo e se associam, muitas vezes, a fortes sentimentos de vergonha (o que condiciona o relato sincero, em termos de ocorrência). Os autores referem que a forma mais válida de avaliar a IAC passa pelo recurso a entrevistas. Nos estudos de Kessler e colaboradores (2013), Hudson e colaboradores (2007) e Preti e colaboradores (2009) a PIAC foi avaliada com a *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) mas Duarte e colaboradores (2015) referem que a entrevista *Eating Disorder Examination* (EDE, Fairburn e Cooper, 1993, citado em Duarte et al., 2015) é a forma mais válida para avaliar PCA's. Dado o tempo despendido na avaliação através de entrevistas, têm sido desenvolvidos instrumentos de autorrelato, como o *Questionnaire on Eating and Weight Patterns* (QEWP-R, Yanovski, 1993), a versão questionário da EDE (EDEQ, Fairburn e Beglin, 1994) e a *Binge Eating Scale* (BES, Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982). A BES tem revelado elevada sensibilidade e especificidade a discriminar, através do ponto de corte, pessoas sem e com IAC (Grupski et al., 2013; Robert et al., 2013).

Sabe-se, como referido, que a importância clínica da PIAC relaciona-se grandemente com a comorbilidade frequente com obesidade e complicações do excesso de peso (Kessler et al., 2013), com sintomas psiquiátricos, alexitimia, perturbações da personalidade, abuso de substâncias (Carano et al., 2012; Kessler et al., 2013; Keski- Rahkonen e Mustelin, 2016; Ulfvebrand, Birgegard, Norring, Hogdahl, Hausswolf- Juhlin, 2015), depressão e ansiedade (Rosenbaum e White, 2013), frequentemente associadas a preocupação excessiva com alimentos, forma corporal e peso (Grilo, White, Gueorguieva, Wilson e Masheb, 2013).

Num estudo recente, longitudinal, realizado numa faculdade, com homens, níveis maiores de insatisfação corporal e afeto negativo, bem como níveis mais baixos de autoestima foram preditores significativos da PIAC (Dakanalis et al., 2016). No estudo de Duarte e colaboradores (2015), em Portugal, 1008 mulheres da população geral (estudantes universitárias) que apresentavam compulsão alimentar (avaliada com o *Binge Eating Scale* - BES/Lista de Hábitos Alimentares - LHA, Gormally, Back, Dastin e Rardin, 1982; Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2015) apresentaram níveis significativamente mais elevados de sintomas de depressão, stresse e ansiedade. Portanto, a vergonha e o auto criticismo mostraram estar significativamente ligados aos sintomas de compulsão alimentar.

Assim, Duarte e Pinto-Gouveia (2017b) foram examinar a associação entre experiências de vergonha (associadas à imagem corporal), auto criticismo e sintomas de IAC, explorando o papel dos dois primeiros como mediadores, num amostra com 222 mulheres e 109 homens da população geral portuguesa (estudantes universitários). Em ambos os sexos, o efeito da centralidade das memórias de vergonha relacionadas com a imagem corporal sobre os sintomas de compulsão alimentar foi totalmente mediada pela vergonha associada à imagem corporal e auto criticismo. No estudo de Duarte e Pinto-Gouveia (2017a), no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, com 114 mulheres

portuguesas e caucasianas (entre os 20-63 anos de idade), com o diagnóstico de PIAC, as qualidades traumática e de centralidade de memórias relacionadas com vergonha também foram preditoras de vergonha externa, especialmente vergonha corporal. Igualmente, sentimentos atuais de vergonha associaram-se a fusão cognitiva (com a imagem corporal) que, por sua vez, foi preditora dos sintomas de compulsão alimentar. Logo, a relação entre vergonha externa corporal e sintomas de IAC foi mediada pela fusão cognitiva com a imagem corporal. Visto que a natureza traumática de algumas experiências (nomeadamente de vergonha corporal), pelo menos em alguns estudos, parece associar-se a sintomas de IAC, importa considerar a vivência de diferentes acontecimentos/experiências traumáticas como correlato central desses mesmos sintomas.

O DSM-5 (2014) contempla as perturbações relacionadas com trauma e fatores de stresse, perturbações em que a exposição a um acontecimento traumático ou stressante está presente, de forma explícita, como critério de diagnóstico, incluindo a perturbação de stresse pós-traumático (PTSD), entre outras (e.g. perturbação aguda de stresse e perturbação de ajustamento) (APA, 2014).

O trauma psicológico é a resposta da mente e do sistema nervoso a uma experiência que é tão esmagadoramente assustadora e ameaçadora que não pode “chegar-se” à resolução da mesma. Na sequência desta “não resolução”, decorrem sintomas psicológicos e psicossomáticos que interferem no funcionamento normal (APA, 2014). O trauma é, portanto, considerado como uma resposta a uma experiência que é vivida como uma ameaça à saúde e ao bem-estar do indivíduo, e que cria um medo avassalador que algo de mal aconteça a si ou a alguém importante para o sujeito (Cordón, Pipe, Sayfan, Melinder e Goodman, 2004). Então, o trauma pode ocorrer quando um acontecimento ameaça a vida/integridade corporal (danos físicos/ferimentos) no próprio ou quando a pessoa vivencia, testemunha ou toma conhecimento de um evento violento e é afetado por ele (Bloom, 1999). O trauma envolve, por isso, uma tensão elevada que excede o normal, oprime os mecanismos de resposta ou excede os mecanismos de *coping* do indivíduo, fazendo com que o mesmo veja o mundo como um lugar incontrolável e imprevisível (Cordón et al., 2004). O que foi referido suporta a importância de considerar, na definição de um acontecimento como traumático, três aspetos: o evento, o indivíduo envolvido e a reação do mesmo a este, isto porque importa considerar a componente subjetiva ou a perspetiva única do sujeito (Bastos, 2008; Bloom, 1999). As reações emocionais a eventos traumáticos, como a PTSD, encarada como um tipo particular de adaptação mal sucedida ao trauma, indicam que as experiências traumáticas comportam sequelas para a saúde mental que, na maioria dos casos, afetam o desenvolvimento de uma memória saudável da/s experiência/s (Brewin, Dalgleish e Joseph, 1996).

Estudos empíricos sugerem que as experiências traumáticas constituem um fator de risco geral para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, nomeadamente as perturbações da alimentação e da ingestão (APA, 2014). Um estudo realizado no *South East London Community Health*, na

população geral, com 1698 participantes para além de revelarem valores elevados de comportamento alimentar perturbado, em minorias étnicas, mostrou a relação positiva entre PTSD e perturbações de personalidade, de ansiedade e humor, para além de ideação suicida, alcoolismo e drogas (Solmi, Hatch, Hotof, Treasure e Micali, 2014).

Segundo Fairburn (1998), vários estudos retrospectivos sugerem que as experiências adversas na infância e adolescência - incluindo experiências de *bullying* por pares, abuso físico e sexual, crítica por parte dos pais, baixa afetividade, comentários negativos sobre o peso e a forma corporal - são fatores de risco para a IAC. Carretero- García e colaboradores (2012) nos seus estudos em amostras clínicas e não clínicas encontraram percentagens elevadas de experiências traumáticas na infância em subtipos de PCA com comportamentos purgativos. O estudo com estudantes universitários, realizado por Smyth e colaboradores (2008) concluiu que a presença de experiências traumáticas na infância tem poder preditivo para sintomas alimentares na idade adulta. Os autores referem que, em jovens adultos que acabaram de entrar para a universidade, o tipo de trauma, a frequência e gravidade geral do trauma relacionavam-se com alimentação restritiva, e que o tipo de trauma e a gravidade do mesmo também se relacionava com comportamentos de empanturramento alimentar e purgativos (Smyth et al., 2008).

No estudo de Fuller-Tyszkiewicz e Mussap (2008), 151 estudantes universitárias (entre 18 e 40 anos) verificou-se uma relação entre dissociação e compulsão alimentar, com a insatisfação corporal a ser um mediador significativo dessa relação. As experiências traumáticas, como vimos, podem associar-se a várias emoções, como ansiedade, vergonha, culpa, desgosto, “nojo” e raiva. Em pacientes que sofreram abuso sexual infantil, essas emoções podem ser desencadeadas por perceções do seu próprio corpo (Dyer, Feldmann e Borgmann, 2015). A imagem corporal é um construto multidimensional (componentes cognitivo-afetivo, comportamental e preceptivo). Vítimas de abuso sexual infantil referem perturbação do componente cognitivo-afetivo da sua imagem corporal, mas não do componente preceptivo (Dyer et al., 2013).

Em 2015, Dyer e colaboradores, num estudo com 97 participantes do sexo feminino, dividiram as participantes em quatro grupos: PTSD, a seguir a abuso sexual infantil, com Perturbação *Borderline* da Personalidade (PBP) comórbida; PTSD com abuso sexual infantil, sem PBP comórbida; PBP sem PTSD e grupo de controlo saudável. Os autores concluíram que sentimentos altamente negativos de “nojo” podem associar-se a experiências traumáticas, em vez de serem uma resposta emocional resultante da PBP. O mesmo estudo mostra que o corpo da pessoa com PTSD pode atuar como um gatilho para memórias traumáticas (Dyer et al., 2015). De acordo com Vanderlinden, Vandereycken, Dyck e Vertommen (1993) o abuso sexual é relatado por um número substancial de mulheres com perturbações alimentares, e parece existir uma ligação específica e direta entre o abuso sexual e as PCA's. Assim, o abuso sexual ou físico grave na infância ou na adolescência precoce coloca o

indivíduo em risco especial para o desenvolvimento de perturbações psiquiátricas, incluindo as alimentares (Vanderlinden et al., 1993). Waller (1992) estudou o abuso sexual num grupo de mulheres com PCA's e verificou que uma história de abuso sexual não se associava a sintomas bulímicos, ainda que 61% das mulheres que relataram história de abuso e, a alimentação compulsiva foi mais frequente nas que descreveram experiências sexuais indesejadas em idade precoce, ou com um membro da família. Segundo Feinson e Hornik- Lurie (2016a) o abuso emocional na infância surge como um fator de risco para os sintomas de compulsão alimentar na idade adulta, existe uma associação significativa entre abuso emocional infantil e raiva não resolvida, a raiva relaciona-se significativamente com problemas alimentares em adultos (especificamente, comportamentos alimentares compulsivos) e, finalmente, a raiva não resolvida, em mulheres, desempenha um papel mediador importante na explicação da relação entre o abuso emocional infantil e a patologia alimentar em adultas. Os autores, numa amostra de 500 mulheres adultas da população geral (média de idades de 44 anos), concluíram que entre as mulheres que haviam vivenciado qualquer abuso infantil, 90% tinha sofrido de abuso emocional com ou sem abuso físico ou sexual. Significativamente mais mulheres com compulsão alimentar grave (17,6%) relataram abuso emocional em comparação com aquelas com alterações alimentares ligeiras. Gentile, Ragahavan, Rajah e Gates (2007) identificaram o abuso infantil, particularmente o abuso sexual e, em menor grau, o abuso físico, como um fator de risco não específico para o desenvolvimento da psicopatologia alimentar. Numa amostra de 884 estudantes universitários (56,0% mulheres), verificaram que 10% da amostra recebeu um diagnóstico de PIAC (12,2%, mulheres; 7,3%, homens) e que, nas mulheres, o abuso físico e o abuso sexual contribuíram para o desenvolvimento da perturbação. Nos homens, apenas o abuso sexual mostrou associar-se à perturbação. Moulton, Newman, Power, Swanson e Day (2014) analisaram a relação do trauma infantil (abuso emocional, físico, sexual; negligência emocional e física) com a psicopatologia alimentar, verificando que a desregulação emocional e a dissociação eram mediadores (142 estudantes do sexo feminino, de psicologia). O abuso emocional, abuso físico, negligência emocional e física correlacionaram-se com a psicopatologia alimentar, mas com o abuso sexual não. Observou-se um efeito indireto específico entre abuso emocional infantil e psicopatologia alimentar, através da desregulação emocional. Numa metanálise, Caslini e colaboradores (2016) concluíram que a exposição a maus tratos, abusos e/ou negligência durante a infância é um importante fator de risco para várias perturbações psiquiátricas, especificamente alimentares: o abuso físico na infância relaciona-se a perturbações de qualquer tipo; o abuso emocional e sexual na infância associa-se positivamente à BN e PIAC e a relação entre abuso sexual infantil e AN não é significativa.

Como vimos, as experiências traumáticas podem desencadear diferentes respostas emocionais, entre elas, o “nojo”/aversão, em particular a autoaversão. Segundo, Oaten, Stevenson e Case (2009) e

Ekman (1992), o “nojo” ou aversão é uma emoção básica/primária, evocada por estímulos com características particulares, e que visa afastar-nos desses mesmos estímulos, nomeadamente alimentos estragados, falta de higiene e contacto com organismos doentes ou mortos (Rozin, Haidt e McCauley, 1999). Assim, o “nojo”/a aversão, funciona como um mecanismo de prevenção de doenças, por motivar a rejeição de estímulos que podem desencadear doenças (Ille et al., 2014). Já a autoaversão diz respeito a uma avaliação negativa da própria aparência física, personalidade ou comportamento (Ille et al., 2014; Overton, 2008). Segundo Powell, Simpson e Overton (2013) a autoaversão ao associar-se ao sistema de defesa-ameaça, conduz a sentimentos aversivos de carácter emocional.

Assim, a aversão/o “nojo” é considerada uma aversão primária (relativa a alimentos) e a autoaversão é uma aversão secundária (Chapman, Kim, Sussing e Anderson, 2009), relacionando-se com o desagrado moral e social (Ille et al., 2014) e funcionando como um mecanismo de regulação da atratividade interpessoal e da aceitação social (Rozin, Haidt, e McCauley, 2008). A autoaversão é acompanhada pelos mesmos processos fisiológicos e comportamentais da aversão (“nojo”) dirigida para o exterior (Ille et al., 2014). Carreiras (2014) sugere que a autoaversão é um construto multidimensional constituído por: *ativação defensiva* (ativação fisiológica ligada ao Sistema Nervoso Simpático, que envolve taquicardia e vômito, por exemplo); *cognitiva-emocional* (pensamentos e sentimentos de repugnância, crítica, desprezo relativamente ao próprio), *exclusão* (tentativas de eliminar o que é percecionado como repulsivo no *eu*, e comportamentos de regulação emocional); *evitamento* (comportamentos de evitamento e esconder de aspetos considerados repulsivos), tendo desenvolvido a Escala Multidimensional de Autoaversão (EMAV, Castilho, Pinto-Gouveia e Carreiras, 2015), que usamos no presente estudo.

Segundo Ille e colaboradores (2014), eventos traumáticos na infância são um fator de risco para a autoaversão. Comparando um grupo de controlo ( $n = 112$ ) com um grupo de perturbações mentais ( $n = 112$ ; depressão major, esquizofrenia, PBP, perturbações alimentares e fobia social), a autoaversão mostrou ser maior no grupo das perturbações mentais. Pessoas com PBP e as que foram abusadas sexualmente ou fisicamente apresentaram níveis mais elevados de autoaversão. Brake, Rojas, Badour, Dutton e Feldner (2017) referindo que o risco de suicídio é altamente prevalente em pessoas com PTSD, também verificaram que a autoaversão aumenta o risco de suicídio, precisamente nas pessoas que vivenciaram trauma. Powell, Overton e Simpson (2014) recorrendo a uma metodologia qualitativa, verificaram, numa amostra de 9 mulheres com sintomas depressivos, que a autoaversão associava-se à depressão, bem como a problemas alimentares e com a imagem corporal. O estudo de Fox e Froom (2009) abordou a relação de cinco emoções básicas (raiva, tristeza, “nojo”, medo e felicidade) com padrões alimentares disfuncionais (53 mulheres com PIAC).

Estes padrões revelaram associação com todas as emoções, mas apenas a raiva e a tristeza foram preditoras significativas de alimentação disfuncional. Palmeira, Pinto-Gouveia e Cunha (2017) exploraram a relação entre autoaversão e psicopatologia alimentar e se a auto compaixão desempenhava um papel mediador nessa relação (203 adultos, de ambos os sexos, com excesso de peso e obesidade). As mulheres relataram níveis mais elevados de autoaversão e psicopatologia alimentar e níveis mais baixos de auto compaixão. A autoaversão tem impacto na psicopatologia alimentar, parcialmente pela incapacidade da pessoa ser auto compassiva.

Estudos internacionais e nacionais exploraram diferentes correlatos associados aos sintomas de IAC (e.g. vergonha), mas importa continuar avaliar o papel de outras variáveis na determinação desses sintomas, na população geral. Assim, o principal objetivo deste estudo é explorar, numa amostra da população geral, a associação e o papel preditivo das experiências traumáticas (diferentes áreas: emocional, físico e sexual) e da autoaversão (considerando as suas diferentes dimensões) com os/nos sintomas de IAC, explorando, igualmente, o eventual papel de mediação da autoaversão na relação entre as experiências traumáticas e aqueles sintomas. Não deixamos de apresentar dados sobre a prevalência pontual de ingestão alimentar compulsiva na nossa amostra (e de explorar a relação entre os sintomas de IAC e o IMC, idade e peso relatado na infância).

## **2. Materiais e métodos**

### **2.1.Participantes**

A amostra ficou constituída por 421 participantes, adotando-se como critério de inclusão participantes de nacionalidade portuguesa, com idades entre os 18 e os 65 anos. Destes, a maioria era do sexo feminino ( $n = 300$ ; 71,3%). A idade média foi de 30,7 ( $DP = 11,51$ ). Quanto ao estado civil a maioria dos sujeitos relatou ser solteiro ( $n = 268$ ; 63,7%) e, em termos de escolaridade, a maioria expressou ter o secundário ( $n = 151$ ; 35,9%), seguindo-se os sujeitos com licenciatura ( $n = 148$ ; 35,2%).

A maioria dos sujeitos eram estudantes universitários ( $n = 225$ ; 53,4%) e, relativamente a estes, a maioria frequentava o curso de Psicologia ( $n = 85$ ; 37,8 %) (Tabela 1). Igualmente, a maioria dos participantes não era estudante-trabalhador ( $n = 177$ ; 42,0%). Segundo a Classificação Nacional das Profissões, a maioria dos participantes enquadrou-se na categoria Especialistas intelectuais e científicos ( $n = 57$ ; 13,5 %). A maioria dos participantes, na infância, relatou ter peso normal ( $n = 253$ ; 61,1%). Encontrou-se um IMC médio de 23,78 ( $DP = 11,51$ ), verificando-se que, quando o IMC foi categorizado, a maioria dos sujeitos enquadrou a categoria peso normal ( $n = 223$ ; 53,0%) (Tabela 2). Quando categorizámos a IAC (pontuação total do instrumento LHA/BES), a maioria dos participantes encontrou-se na categoria “ingestão alimentar ligeira a moderada” ( $n = 241$ ; 57,2%) (Tabela 3).

**Tabela 1**  
**Caracterização sociodemográfica da amostra**

		<b>Amostra total</b>	
<b>Sexo</b>		<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Masculino		119	28,3
Feminino		300	71,3
	<b>Total</b>	419	99,5%
<b>Idade</b>		<b><i>M (DP)</i></b>	<b>Intervalo</b>
		30,7 (11,51)	18 – 65
<b>Estado Civil</b>		<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Solteiro		268	63,7
Casado/união de facto		127	30,2
Separado/divorciado		19	4,5
Viúvo		4	1,0
	<b>Total</b>	418	99,3
Não respondeu		3	0,7
	<b>Total</b>	421	100
<b>Escolaridade</b>		<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
1º Ano-4ºano (1º ciclo)		10	2,4
5º Ano- 6ºano (2ºciclo)		9	2,1
7ºAno-9ºano (3ºciclo)		24	5,7
Secundário		151	35,9
Bacharelato		26	6,2
Licenciatura		148	35,2
Mestrado		36	8,6
Doutoramento		9	2,1
Outra		3	0,7
	<b>Total</b>	416	98,98
Não respondeu		5	1,2
	<b>Total</b>	421	100,0
<b>Estudante-Universitário</b>		<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Sim		225	53,4
Não		194	46,1
	<b>Total</b>	419	99,5
<b>Não respondeu</b>		2	0,5
	<b>Total</b>	421	100,0
<b>Curso</b>		<b><i>n</i></b>	<b>%</b>
Psicologia		85	37,8
Serviço Social		35	15,6
Gestão de Recursos Humanos		9	4,0
Jornalismo		12	5,3
Comunicação empresarial		9	4,0
Multimédia		6	2,7
Informática		10	4,4
Design de Comunicação		9	4,0
Gestão		28	12,4
Enfermagem		11	4,9
Gestão de Empresas		2	0,9
Economia Financeira		1	0,4
	<b>Total</b>	217	96,4
<b>Não respondeu</b>		8	3,6
	<b>Total</b>	225	100,0

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

**Tabela 2**  
**Caracterização sociodemográfica da amostra (continuação)**

Amostra total		
Estudante-trabalhador	<i>n</i>	%
Não	177	42,0
Sim	50	11,9
Não se aplica	191	45,4
<b>Total</b>	418	99,3
Não respondeu	3	0,7
<b>Total</b>	421	100,0
Profissões	<i>n</i>	%
Quatros superiores da administração pública, dirigentes e quadros superiores de empresa	7	1,7
Especialistas das profissões intelectuais e científicas	57	13,5
Técnicos e profissionais de nível intermédio	6	1,4
Pessoal administrativo e similares	19	4,5
Pessoal dos serviços e vendedores	28	6,7
Operários, artífices e trabalhadores similares	6	1,4
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores das	8	1,9
Máquinas		
<b>Total</b>	21	5,0
Não respondeu	2	0,5
<b>Total</b>	154	36,6
Peso na Infância	<i>n</i>	%
Magro/a	75	17,8
Peso normal	253	60,1
Excesso de peso	78	18,5
Obesidade	6	1,4
<b>Total</b>	412	97,9
Não respondeu	9	2,1
<b>Total</b>	421	100,0
Índice de massa corporal (IMC)	<i>M (DP)</i>	Intervalo
IMC categorizado	23,78(11,51)	15,0-43,3
Magreza extrema/anorexia (<18,5)	15	3,6
Magreza (18,5-19,4)	273	6,4
Peso normal (19,5-24,4)	223	53,0
Excesso de peso (24,5-29,4)	115	27,3
Obesidade (≥29,5)	32	7,6
<b>Total</b>	412	97,9
Não respondeu	9	2,1
	421	100,00

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.

**Tabela 3**  
**Categorização da pontuação total da Lista de Hábitos Alimentares/LHA; Binge Eating Scale/BES)**

	Total		Homens		Mulheres	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Ingestão Alimentar Compulsiva						
≤ 17 (sem ingestão alimentar compulsiva)	305	91,4	112	94,1	271	90,3
18 a 26 (ingestão alimentar compulsiva ligeira a moderada)	25	5,9	6	5,0	19	6,3
≥27 (ingestão alimentar compulsiva grave)	11	2,6	1	0,8	10	3,3
<b>Total</b>	421	100,0	119	100,00	300	100,00

Notas: *n* = número de sujeitos da amostra; % = percentagem; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão.



## 2.2.Procedimentos

A autora deste trabalho integrou o projeto “Perturbação de Ingestão Alimentar Compulsiva e seus Correlatos”, com o objetivo de explorar se variáveis como o trauma, alexitimia, dissociação, autoaversão, suicidabilidade, dificuldades em regular as emoções e impulsividade se associavam e eram preditoras de sintomas de IAC (e se a relação entre o trauma e estes sintomas era mediada pelas outras variáveis). Inicialmente, definiu-se o protocolo de instrumentos a utilizar e criaram-se o/s consentimento/s informado/s (Apêndices A e B) e questionário/s sociodemográfico/s (Apêndices C e D). Foram contactados os autores dos vários instrumentos para cederem autorização para a sua utilização no projeto. Neste estudo, foram pedidas autorizações para utilizar a *Traumatic Events Checklist* (TEC), a Escala Multidimensional de Autoaversão (EMAV) e a Lista de Hábitos Alimentares (LHA). As respetivas autorizações foram cedidas. Foi enviado o formulário de aprovação do projeto para a Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), a fim de obter autorização para administrar o protocolo junto das turmas dos diferentes cursos do ISMT. Essa autorização foi concedida, contactando-se os coordenadores científicos dos vários cursos do ISMT, solicitando-se autorização para proceder à recolha de dados junto das turmas. Os coordenadores dos cursos de Gestão, Gestão de Recursos Humanos, *Design* de Comunicação, Informática, Jornalismo, Psicologia, Serviço Social, Contabilidade e Auditoria, Multimédia e Comunicação Empresarial deram essa mesma autorização, definindo com a autora e seus colegas a melhor forma de recolha. Procedeu-se, também, à criação do protocolo de instrumentos igual ao protocolo administrado em papel, numa plataforma *online* (Google docs), para alargar ainda mais a recolha de dados. Esta decorreu de fevereiro a junho de 2017.

## 2.3.Instrumentos

**2.3.1. *Traumatic Events Ckecklist*/Escala das Experiências Traumáticas** (TEC, Nijenhuis, Van der Hart e Vanderlinden, 1999, citado em Nijenhuis, Van der Hart e Kruger, 2002; Espírito-Santo, Chambel e Rocha, 2008; Espírito-Santo, Rocha, Gonçalves, Cassimo, Martins e Xavier, 2013).

A TEC é uma escala que avalia experiências traumáticas (segundo a percepção do sujeito que responde; naturalmente, o que constitui um trauma para uma pessoa, pode não o ser para outra) (Dom, De Wilde, Hulstijn e Sabbe, 2007). Apesar de versões anteriores avaliarem vinte cinco tipos de experiências traumáticas, atualmente, a TEC avalia vinte e nove potenciais experiências traumáticas (vinte e nove itens, portanto), incluindo os eventos considerados no critério A do DSM (APA, 2014) relativo à perturbação de stresse pós traumático (PTSD), “a pessoa experienciou, testemunhou ou foi confrontada com um evento ou eventos que envolveram morte real, ameaça ou lesão grave, bem como ameaça à integridade física de si mesmo ou de outros”, bem como outros eventos potencialmente

esmagadores: perda de outros significativos, ameaça à vida por doença ou assalto, experiência de guerra, negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e trauma sexual. Assim, neste instrumento, é questionado ao sujeito se vivenciou um/a determinado/a evento traumático/trauma/experiência traumática (0/não e 1/sim), como referido, num total de vinte e nove experiências traumáticas, variando a pontuação de 0 a 29. Em cada um dos itens, em função da pessoa ter respondido “não” ou “sim”, solicita-se que refira a idade de início (dos 0 aos 6 anos, dos 7 aos 12 anos e dos 13 aos 18 anos), a duração do trauma e o impacto que a experiência teve para o sujeito (de “1” que corresponde a “nenhum”, a “5” que equivale a muitíssimo).

Este instrumento avalia/explora, através dos vinte e nove itens, a vivência de vários tipos de trauma: negligência emocional; vários tipos de abuso (emocional, físico e sexual) e de violência física ou sexual (ameaça corporal, assédio sexual); e graves problemas familiares (alcoolismo, pobreza, problemas psiquiátricos de um membro da família, danos corporais, experiências de guerra) (Nijenhuis et al., 2002; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, e Steel, 2004). No que toca à negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, a TEC aborda especificamente a configuração em que o trauma ocorreu, ou seja, a família de origem, a família extensa, ou qualquer outra configuração (Nijenhuis et al., 2002). Portanto, permite calcular a presença de trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional em vários contextos: 6 itens), trauma sexual (assédio sexual e abuso sexual em vários cenários: 6 itens) e ameaça corporal (ou seja, abuso físico em várias configurações sociais, ameaça intencional à vida de uma pessoa, punição bizarra, dor intensa: 6 itens) (Nijenhuis et al., 2002). Igualmente, permite calcular a gravidade do trauma na qual são consideradas 4 variáveis: (a) presença do evento; (b) idade no início, indicando se o trauma ocorreu ou começou nos primeiros 6 anos de vida ou depois disso; (c) duração do trauma, indicando se o trauma teve duração inferior ou superior a 1 ano; e (d) resposta subjetiva, indicando se o sujeito não se sentiu traumatizado ou apenas ligeiramente traumatizado, moderadamente, severamente ou extremamente traumatizado pelo(s) evento(s). Estas variáveis recebem uma pontuação de 1 se estiverem presentes e uma pontuação de 0 se não se verificarem (Nijenhuis et al., 2002). Os totais são calculados onde o trauma ocorreu (família de origem, família alargada ou noutras situações) e, em seguida, esses resultados são adicionados. Quanto à ameaça de vida de uma pessoa, dor e punição bizarra, a TEC não avalia especificamente a configuração em que o evento ocorreu. Os resultados compostos para a ameaça de vida de uma pessoa, dor e punição bizarra são adicionados aos resultados compostos de abuso físico para as 3 configurações indicadas. Assim, a pontuação da gravidade da área de trauma varia de 0 a 12 na negligência emocional, abuso emocional, abuso físico, assédio sexual e abuso sexual, e de 0 a 24 na ameaça corporal. Assim, a TEC permite calcular a gravidade das diferentes áreas de trauma agrupando-os em: trauma emocional (negligência emocional e abuso emocional), trauma físico (abuso

físico e ameaça corporal, dor e punições bizarras) e trauma sexual (abuso sexual e assédio sexual), permitindo calcular, também, a gravidade do trauma de natureza familiar. A análise *Receiver Operating Curve* permitiu chegar a um ponto de corte de 5.5 no que diz respeito ao total de experiências traumáticas, com este valor a discriminar entre amostras clínicas e não clínicas (Espírito-Santo et al., 2013). Na versão portuguesa da TEC, a pontuação média total de presenças traumáticas foi de 9,37 ( $DP = 10,49$ ) e consistência interna total foi muito boa ( $\alpha = 0,93$ ) (Espírito-Santo et al., 2013).

### 2.3.2. Escala Multidimensional de Autoaversão (EMAV; Castilho, Carreiras e Pinto-Gouveia, 2015).

A escala Multidimensional de Autoaversão (MSDS) é uma escala de autorresposta, com o objetivo de avaliar a emoção de aversão dirigida ao eu (Castilho et al., 2015). É composta por 32 itens, subdivididos em 4 escalas: 1) *ativação defensiva* (14 itens: 1,3,7,10,13,14,15,17,19,22,23,24,28,32), que diz respeito ao componente fisiológico (vómitos, falta de ar, taquicardia) do sentimento de autoaversão (e.g., “*O meu batimento cardíaco fica acelerado*”); 2) *cognitivo-emocional* (10 itens: 2,5,8,11,16,18,21,26,29,31), que se refere a sentimentos e pensamentos relativos ao eu (e.g., “*Sinto-me diminuída(o) inferior e pequena (o)*”); 3) *evitamento* (4 itens: 4,6,25,30), associado a comportamentos de evitamento e ao esconder de aspetos considerados repulsivos (e.g., “*Fico inibido*”) e 4) *exclusão* (4 itens: 9,12,20,27), que inclui comportamentos que visam eliminar aspetos considerados repulsivos em si (e.g., “*Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo/a*”) (Castilho et al., 2015). A EMAV é uma escala do tipo Likert de 5 pontos (“0” corresponde a “nunca” e “4” a “sempre”). Pontuações mais elevadas correspondem a níveis mais elevados de autoaversão (Castilho et al., 2015).

Quanto à consistência interna, no estudo de Carreiras (2014), as subescalas da EMAV apresentaram os seguintes valores de alfa de Cronbach: *ativação defensiva* ( $\alpha = 0.95$ ), *cognitivo-emocional* ( $\alpha = 0.97$ ), *evitamento* ( $\alpha = 0.84$ ) e *exclusão* ( $\alpha = 0.77$ ). A escala apresentou, também, muito bons resultados no que toca à validade convergente com, por exemplo, o seguinte instrumento: Questionário de Aceitação e Ação II (AAQ-II) (Castilho et al., 2015). No presente estudo, encontramos os seguintes alfas de Cronbach: *ativação defensiva* ( $\alpha = 0,920$ ; muito bom, segundo DeVellis (1991); *cognitivo-emocional* ( $\alpha = 0,926$ ; muito bom, segundo DeVellis (1991); *exclusão* ( $\alpha = 0,578$ ; aceitável, segundo DeVellis, 1991) e *evitamento* ( $\alpha = 0,751$ , bom, segundo DeVellis, 1991).

### 2.3.3. Lista de Hábitos Alimentares/*Binge Eating Scale* (LHA/BES; Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982; Duarte, Pinto-Gouveia e Ferreira, 2015).

É uma escala constituída por 16 itens que avalia comportamentos chave (e.g., comer grandes quantidades de alimentos) e sintomas afetivos/cognitivos (e.g., perda de controlo, medo e/ou culpa de

ser incapaz de parar de comer) de/associados à IAC (Gormally, Black, Daston e Rardin, 1982; Duarte et al., 2015). Cada item inclui um conjunto de afirmações numeradas (e.g., “1. Geralmente, sei se estou ou não fisicamente com fome. Sirvo-me da quantidade certa de comida para me sentir satisfeita(o)”, “e.g., 2. Por vezes, tenho dúvidas sobre se estou ou não fisicamente com fome. Nessas alturas, é difícil saber quanto devo comer para me sentir satisfeito” e “e.g., 3. Mesmo que soubesse quantas calorias devo ingerir, não faço a mínima ideia de qual é a quantidade “normal” de comida para mim”. Deste modo os participantes devem escolher a afirmação que melhor descreve a sua experiência (Duarte et al., 2015). Os itens são cotados numa escala de 3 ou 4 pontos, a pontuação total varia entre 0 e 46 pontos medindo, assim, a gravidade da IAC. Pontuações iguais ou superiores a 27 refletem níveis graves de IAC, pontuações de 18 a 26 indicam sintomatologia moderada de IAC, e pontuações menores ou iguais a 17 indicam maior probabilidade de ausência de PCA. A versão portuguesa da escala revela uma elevada consistência interna ( $\alpha = 0.88$ ) (Duarte et al., 2015). No presente estudo, encontrou-se um valor de alfa de Cronbach de 0,905 (muito bom, segundo DeVellis, 1991).

## 2.4. Análise estatística

Realizámos as análises estatísticas recorrendo ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 19.0. Calculamos estatísticas descritivas, medidas de tendência central, dispersão, assimetria e achatamento. Apesar de, segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov, a maioria das variáveis centrais do estudo (pontuação total de LHA; dimensões da EMAV e da TEC) não apresentarem normalidade, conduzimos testes paramétricos, dado a amostra apresentar um  $n$  superior a 30. Na análise da fidelidade dos instrumentos usados, consideraram-se os valores de alfa de Cronbach, interpretados segundo os critérios de DeVellis (1991): entre 0,6 e 0,7: aceitável; entre 0,7 e 0,8: bom; entre 0,8 e 0,9: muito bom. A partir de testes  $t$  de Student para amostras independentes verificamos se existiam diferenças estatisticamente significativas na variável central (pontuação total na escala LHA), por sexo. Depois de verificarmos que existiam diferenças estatisticamente significativas por sexo nessa pontuação (para além de noutras dimensões de outros instrumentos, ainda que não em todos), passamos a realizar as análises seguintes, de interesse, separadamente, por sexo. Conduzimos correlações de Pearson para testar eventuais associações entre a pontuação total de LHA, algumas dimensões específicas da TEC, dimensões da EMAV, IMC e idade. Para classificar a magnitude das correlações seguimos os critérios de Cohen (1992): 0,01, baixa; 0,30, moderada e 0,50 elevada. Foram realizadas análises de variância (ANOVA) para explorar diferenças na pontuação total de LHA pela variável peso na infância (na amostra total e separadamente por sexo). Depois das associações encontradas realizámos análises de regressão múltipla hierárquica para testar, de entre o IMC, idade, áreas da TEC

e dimensões da EMAV que se tinham mostrado associadas à pontuação total da LHA, quais delas eram preditoras significativas desta pontuação (Variável dependente/VD). Foram cumpridas as suposições das análises de regressão: tamanho da amostra [fórmula por Tabachnick e Fidell (2007, p.123) que tem em conta o número de preditores/VIs que pretendemos analisar ( $N$  tem de ser  $> 50 + 8m$ ;  $m$  corresponde ao número de VIs)]; ausência de multicolinearidade [atendendo à matriz de correlações entre as variáveis que se mostraram inferiores a 0,7 (Pallant, 2007) e considerando os valores de Tolerance e VIF das VIs (valores de tolerância superiores a .10 e de VIF inferiores a 10)]. A análise dos eventuais efeitos de mediação foi realizada através da macro PROCESS, recorrendo-se ao Modelo 6 e aplicando-se níveis de intervalo de confiança a 95%, em 5000 amostras de *bootstrap* (Hayes, 2013).

### 3. Resultados

Na Tabela 4 apresentam-se os valores médios, desvios-padrão e intervalos das dimensões/pontuação total dos instrumentos centrais deste trabalho. Apresentando-se estes valores na amostra total, verificaram-se, na pontuação total da Lista de Hábitos Alimentares (LHA; avalia sintomas de ingestão alimentar compulsiva/IAC), variável central do estudo e com a qual queremos explorar associações, diferenças estatisticamente significativas por sexo (masculino,  $M = 22,00$ ;  $DP = 23,72$ ; feminino,  $M = 23,72$ ,  $DP = 7,51$ ;  $t = -2,56$ ;  $p = 0,011$ ). Assim, nas tabelas 5, 6, 7, 8 e 9 apresentamos as correlações entre a pontuação total da LHA e as áreas/pontuação total/dimensões dos potenciais correlatos de IAC (TEC; EMAV), separadamente, por sexo. Apenas referir que, quanto ao IMC, os homens apresentaram um valor médio maior ( $M = 24,45$ ;  $DP = 3,45$ ) do que as mulheres ( $M = 23,52$ ;  $DP = 4,08$ ) ( $t = 2,325$ ;  $p = 0,021$ ). Igualmente, na dimensão *ativação defensiva*, as mulheres apresentaram valores mais elevados do que os homens ( $M = 10,09$ ;  $DP = 8,82$  vs.  $M = 7,55$ ,  $DP = 7,42$ ) ( $t = -2,989$ ;  $p = 0,003$ ). Não foram encontradas diferenças, por sexo, nas áreas de trauma.

**Tabela 4**

*Médias e desvios-padrão nas dimensões dos instrumentos TEC, EMAV e LHA*

	Amostra Total	
	<i>M (DP)</i>	<b>Intervalo</b>
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	13,29 (5,79)	3,00-19,00
TEC Trauma emocional total	9,29 (4,39)	3,00-16,00
TEC Trauma sexual total	0,19 (0,88)	0,00-7,00
TEC Trauma familiar	0,74 (1,10)	0,00-8,00
Total de presenças/experiências traumáticas	2,07 (2,17)	0,00-13,00
EMAV Ativação defensiva	9,33 (8,56)	0-40
EMAV Cognitivo-Emocional	4,50 (6,07)	0-34
EMAV Exclusão	1,11 (1,72)	0-10
EMAV Evitamento	2,91 (2,79)	0-15
LHA (pontuação total)	1,11 (0,39)	1-3
IMC	23,78 (3,93)	15,0-43,3

TEC = *Traumatic Events Checklist*; EMAV = Escala Multidimensional de Autoaversão; LHA = Lista de Hábitos Alimentares;

No caso dos homens, a pontuação total de LHA (IAC) correlacionou-se, de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com a *ativação defensiva* e com as dimensões *cognitivo-emocional* e *evitamento* (magnitude moderada) da EMAV (avalia autoaversão). Nenhuma área da TEC (avalia experiências traumáticas) mostrou correlacionar-se com as dimensões da EMAV (não apresentamos em tabela estes resultados) (Tabela 5).

**Tabela 5****Correlações entre as dimensões da LHA e da EMAV (homens)**

	EMAV Ativação defensiva	EMAV Cognitivo-Emocional	EMAV Exclusão	EMAV Evitamento
<b>LHA total</b>	0,270**	0,364**	NS	0,334**

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; EMAV = Escala Multidimensional de Autoaversão; LHA = Lista de Hábitos Alimentares.

Constatou-se que, nas mulheres, a pontuação total de LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com a *ativação defensiva* e *exclusão*, e com magnitude grande com as dimensões *cognitivo-emocional* e *evitamento* (EMAV). As áreas *trauma sexual*, *trauma familiar* e o *total de experiências traumáticas* da TEC correlacionaram-se, de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com a *ativação defensiva* da EMAV. As áreas *trauma sexual* e *trauma familiar* da TEC correlacionaram-se significativamente e de forma positiva (magnitude pequena) com a dimensão *cognitivo-emocional* da EMAV. O *total de experiências traumáticas* da TEC correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com a dimensão *cognitivo-emocional* (EMAV). As áreas *trauma sexual*, *trauma familiar* e o *total de experiências traumáticas* da TEC correlacionaram-se significativa e positivamente (magnitude pequena) com a *exclusão* (EMAV). As áreas *trauma sexual* e *trauma familiar* da TEC correlacionaram-se de forma significativa e positiva (magnitude pequena) com o *evitamento* (EMAV). O total de experiências traumáticas da TEC também se correlacionou com a mesma dimensão da EMAV, com magnitude moderada (Tabela 6).

**Tabela 6****Correlações entre as dimensões da LHA, TEC e EMA (mulheres)**

	EMA Ativação Defensiva	EMA Cognitivo- Emocional	EMA Exclusão	EMA Evitamento
<b>LHA total</b>	0,454**	0,619**	0,385**	0,513**
<b>TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)</b>	NS	NS	NS	NS
<b>TEC Trauma emocional total</b>	NS	NS	NS	NS
<b>TEC Trauma sexual total</b>	0,176**	0,220**	0,184**	0,183**
<b>TEC Trauma familiar</b>	0,156**	0,220**	0,176**	0,197**
<b>Total de experiências traumáticas</b>	0,284**	0,325**	0,197**	0,360**

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; LHA = Lista de Hábitos Alimentares; TEC = *Traumatic Events Checklist*; EMA = Escala Multidimensional de Autoaversão

Na Tabela 7 apresentam-se as correlações entre a pontuação total da LHA e áreas da TEC. Quanto aos homens, não se encontraram associações significativas, mas nas mulheres as áreas *abuso sexual*, *trauma sexual total*, *trauma familiar* e *total de experiências traumáticas* associaram-se positivamente (magnitude pequena) com a pontuação total da LHA.

**Tabela 7**

***Correlações entre as dimensões da LHA e TEC (homens e mulheres)***

	Homens	Mulheres
	LHA	
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	0,158**
TEC Trauma familiar	NS	0,195**
Total de experiências traumáticas	NS	0,283**

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; TEC = *Traumatic Events Checklist*; EMAV = Escala Multidimensional de Autoaversão

Na Tabela 8 apresentam-se as correlações entre a pontuação total de LHA, as áreas da TEC, dimensões da EMAV, idade e IMC, nos homens. A pontuação total da LHA correlacionou-se de forma significativa e positiva (magnitude moderada) com o IMC. A área *trauma familiar* (TEC) associou-se de forma significativa (negativa; magnitude pequena) com o IMC. A *ativação defensiva* (EMAV) associou-se significativamente (de forma positiva e com magnitude pequena) com o IMC. A *exclusão* (EMAV) correlacionou-se de forma significativa (negativa e com magnitude pequena) com a idade.

**Tabela 8**

***Correlações entre pontuação total de LHA, áreas da TEC, dimensões da EMAV, idade e IMC (homens)***

	Homens	
	Idade	IMC
LHA (pontuação total)	NS	0,360**
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	NS
TEC Trauma familiar	NS	-0,189*
Total de experiências traumáticas	NS	NS
EMAV Ativação defensiva	NS	0,202*
EMAV Cognitivo-emocional	NS	NS
EMAV Exclusão	-0,217*	NS
EMAV Evitamento	NS	NS

Na Tabela 9 apresentam-se as mesmas correlações, nas mulheres. A pontuação total da LHA correlacionou-se significativamente (de forma positiva; magnitude moderada) com o IMC. A *ativação defensiva*, *exclusão* e *evitamento* (EMAV) associaram-se significativamente (positiva e com magnitude pequena) com o IMC. A dimensão *cognitivo-emocional* da EMAV associou-se de forma positiva com IMC, com magnitude moderada.

**Tabela 9**

**Correlações entre pontuação total de LHA, áreas da TEC, dimensões da EMAS, idade e IMC (mulheres)**

	Mulheres	
	Idade	IMC
LHA (pontuação total)	NS	0,356**
TEC Trauma total (com abuso sexual, sem ameaça corporal)	NS	NS
TEC Trauma emocional total	NS	NS
TEC Trauma sexual total	NS	NS
TEC Trauma familiar	NS	NS
Total de experiências traumáticas	NS	NS
EMAS Ativação defensiva	NS	0,223**
EMAS Cognitivo-emocional	NS	0,313**
EMAS Exclusão	NS	0,172**
EMAS Evitamento	NS	0,244**

Notas: \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*  $p \leq 0,05$ ; NS = não significativo; LHA = Lista de Hábitos Alimentares; TEC = *Traumatic Events Checklist*; EMAS = Escala Multidimensional de Autoaversão

Uma análise de variância (ANOVA) na amostra total, e separadamente, por sexo, permitiu explorar diferenças na pontuação total de LHA, em função da variável relatada “peso na infância”. Foram encontradas diferenças na amostra total e subamostra das mulheres [respectivamente,  $F(3, 408) = 13,34, p \leq 0,001$ ;  $F(3, 291) = 12,42, p \leq 0,001$ ]. Na amostra total, quem relatou ser magro na infância apresentou uma pontuação total média de IAC menor ( $M = 21,56, DP = 6,33$ ) do que quem relatou ter excesso de peso ( $M = 26,89; DP = 9,02$ ) ou obesidade ( $M = 32,17; DP = 10,94$ ). Quem expressou ter peso normal na infância apresentou pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 22,37; DP = 6,04$ ) do que quem afirmou ter excesso de peso ( $M = 26,89; DP = 9,02$ ) ou obesidade ( $M = 32,17; DP = 10,94$ ). Nas mulheres voltou a verificar-se que quem relatou ser magra na infância apresentou uma pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 21,98, DP = 7,03$ ) do que quem referiu ter excesso de peso ( $M = 27,95; DP = 9,36$ ) ou obesidade ( $M = 34,40; DP = 10,60$ ). As mulheres que referiram ter peso normal na infância também apresentaram pontuação total média de ingestão alimentar compulsiva menor ( $M = 22,69; DP = 6,27$ ) do que as que afirmaram ter excesso de peso ( $M = 27,95; DP = 9,36$ ) ou obesidade ( $M = 34,40; DP = 10,60$ ) (Tabela 10).

**Tabela 10**

**Análise de variância: impacto do peso relatado na infância na pontuação total de LHA**

	Amostra total				<i>F</i>	<i>p</i>	Post-hoc $\Phi$
	Magro(a)	Peso	Excesso de	Obesidade			
	(1) <i>M (DP)</i>	normal (2) <i>M (DP)</i>	peso (3) <i>M (DP)</i>	(4) <i>M (DP)</i>			
LHA (pontuação total)	21,56 (6,33)	22,37 (6,04)	26,89 (9,02)	32,17 (10,94)	13,342	$\leq 0,001$	1<3,4 2<3,4
	Mulheres				<i>F</i>	<i>p</i>	Post-hoc $\Phi$
	(1) <i>M (DP)</i>	(2) <i>M (DP)</i>	(3) <i>M (DP)</i>	(4) <i>M (DP)</i>			
LHA (pontuação total)	21,98 (7,03)	22,69 (6,27)	27,95 (9,36)	34,40 (10,60)	12,424	$\leq 0,001$	1<3,4

Notas: *p* = nível de significância; *F* = ANOVA/Análise de variância; *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão;  $\Phi$  Test Tukey.



Dado querermos analisar o papel preditor do IMC, áreas da TEC e dimensões da EMAV para a pontuação total da LHA, e posteriormente, o eventual papel mediador das dimensões da EMAV na relação das áreas da TEC na pontuação total da LHA/ingestão alimentar compulsiva (IAC), e visto que apenas no caso das mulheres se verificaram associações entre a pontuação total de LHA e as áreas da TEC, dimensões da EMAV e IMC e entre áreas da TEC, dimensões da EMAV e IMC, através de uma análise de regressão múltipla hierárquica, fomos avaliar a capacidade do IMC, introduzido num primeiro bloco, das áreas da TEC (sexual e familiar) e total de experiências traumáticas, introduzidas num segundo bloco e das dimensões ativação defensiva, cognitivo-emocional e evitamento da EMAV, introduzidas num terceiro bloco a predizer a variável dependente (VD), pontuação total da LHA, nas mulheres. O tamanho da amostra necessário, tendo em conta os 7 preditores ( $N = 106$ ) foi cumprido. Depois de verificada multicolinearidade entre o total de experiências traumáticas e trauma familiar ( $r = 0,728$ ), *ativação defensiva* e *cognitivo-emocional* ( $r = 0,724$ ) e *evitamento* e *cognitivo-emocional* ( $r = 0,831$ ), manteve-se o total de experiências traumáticas, por apresentar uma correlação maior com a VD, do que o trauma familiar, e a dimensão *cognitivo-emocional* do que a *ativação defensiva* e *evitamento*, pelo mesmo motivo (a primeira dimensão apresentava correlação maior com a VD). Repetindo a análise de regressão, consideramos, então, quatro VIs. Os valores de Tolerância e VIF foram cumpridos. O IMC explicou 12,7% da variância da pontuação total de IAC. Depois de introduzir num segundo bloco o total de experiências traumáticas e a área trauma sexual, a variância explicada pelo modelo como um todo foi de 19,1%,  $F(3,290) = 22,797$ ,  $p \leq 0,001$ . Estas variáveis explicaram uma variância adicional de 6,4% da variância da pontuação total de IAC, depois de controlar o IMC, mudança do  $R^2 = 0,064$ , mudança do  $F(2,290) = 11,456$ ,  $p \leq 0,001$ . Três variáveis ofereceram uma contribuição significativa para a VD: IMC ( $\beta = 0,182$ ,  $p \leq 0,001$ ), total de experiências traumáticas da TEC ( $\beta = 0,104$ ,  $p \leq 0,001$ ) e dimensão *cognitivo-emocional* da EMAV ( $\beta = 0,534$ ,  $p \leq 0,001$ )

**Tabela 11**

***Regressão múltipla hierárquica, predizendo a pontuação total de LHA, através das VIs IMC, total de experiências traumáticas, área trauma sexual e dimensão cognitivo-emocional da autoaversão.***

Preditor	LHA (pontuação total)	
	$\Delta R^2$	$B$
<b>Passo 1</b>	<b>0,127***</b>	-
IMC	-	<b>0,182***</b>
<b>Passo 2</b>	<b>0,191***</b>	-
Total de experiências traumáticas (TEC)	-	<b>0,104**</b>
Área trauma sexual	-	NS
<b>Passo 3</b>	<b>0,421***</b>	-
Dimensão <i>cognitivo-emocional</i> (EMAV)	-	<b>0,534***</b>
Total $R^2$	0,649***	-
F (modelo final)	52,592***	-

Nota: Tabela segundo as normas da APA (2010).  $R^2$  = Coeficiente de determinação;  $\beta$  = Beta; NS = Não significativo; \*\*\*  $p \leq 0,001$ ; \*\*  $p \leq 0,05$

Em função das três variáveis terem mostrado ser preditoras do total de ingestão alimentar compulsiva, quisemos testar o efeito mediador do IMC e da dimensão *cognitivo-emocional* da autoaversão (EMAV) na relação entre o total de experiências traumáticas (TEC) e a pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (LHA). Na figura 1 apresentamos os valores (coeficientes não padronizados de regressão e os erros padrão) relativos ao efeito total da VI na VD ( $c$ ), ao efeito da VI na potencial Variável Mediadora (VMed) IMC ( $a1$ ), ao efeito da VMed IMC na potencial VMed dimensão *cognitivo-emocional* (EMAV) ( $da1$ ), ao efeito da VI na VMed dimensão *cognitivo-emocional* ( $a2$ ), ao efeito da VMed IMC ( $b1$ ) na VD, ao efeito da VMed dimensão *cognitivo-emocional* ( $b2$ ) na VD, controlando o efeito da VI, e efeito direto da VI na VD, controlando as VMeds ( $c'$ ). O efeito total da VI (TEC) na VD (LHA) foi significativo, mas o efeito direto da VI na VD não foi significativo. O efeito da VI apenas foi significativo na VMed dimensão *cognitivo-emocional*. As duas potenciais VMeds foram preditoras da VD na presença da VI, mas apenas se verificou um efeito indireto da VI na VD, por meio da dimensão *cognitivo-emocional*. Assim, o efeito direto do total de experiências traumáticas na pontuação total de LHA mostrou não ser significativo (IC95% BCa continha 0), mas o efeito total ( $c$ ) que combina o efeito direto e indireto ( $c'$ ) revelou ser significativo, com apenas o IC95% BCa da dimensão *cognitivo-emocional* a não conter 0 (0,221-0,651), mostrando esta variável ser mediadora (total) da relação entre o total de experiências traumáticas e a pontuação total de ingestão compulsiva (LHA) (Hayes, 2013).

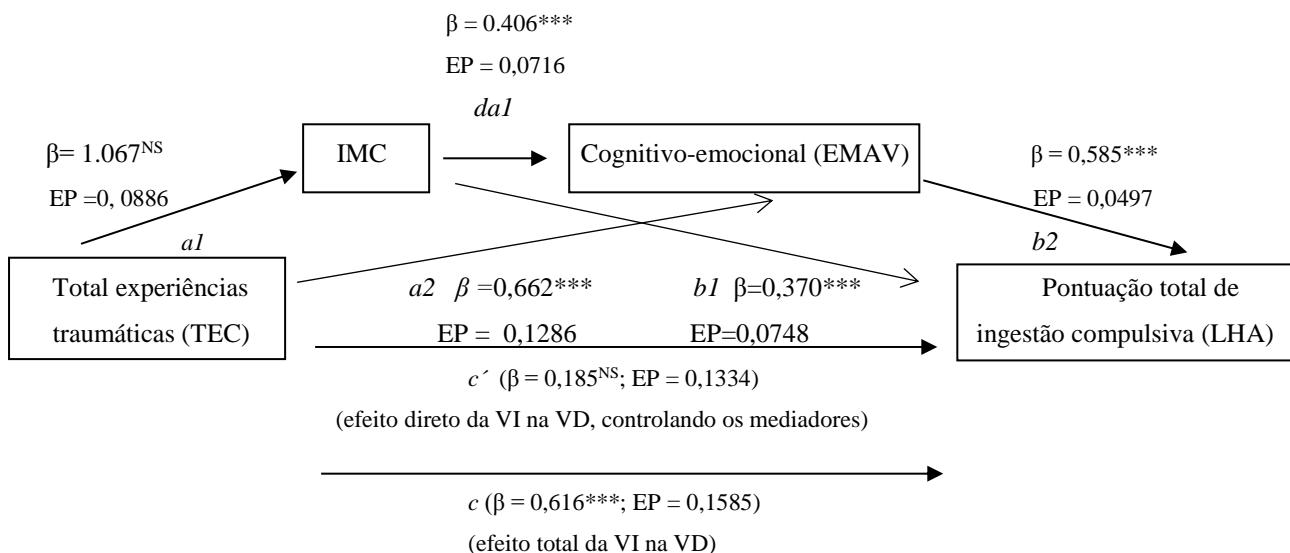


Figura 1. Modelo de Mediação Final do papel mediador do IMC e da dimensão *cognitivo-emocional* da EMAV na relação entre o total de experiências traumáticas e a VD pontuação total de ingestão alimentar compulsiva (LHA). Os números representam os coeficientes de regressão não padronizados de regressão. EP = erro padrão. O valor dentro de parênteses representa o efeito direto da VI na VD depois de controlar o mediador (caminho  $c'$ ). \*\*\* $p < .001$ ; NS = Não significativo

#### 4. Discussão

Era o principal objetivo deste trabalho explorar, numa amostra da população geral e estudantes universitários, associações entre experiências traumáticas (diferentes áreas de trauma) e autoaversão (suas diferentes dimensões) e sintomas de ingestão alimentar. Pretendíamos, também, explorar o papel preditivo das primeiras variáveis no que toca a estes sintomas (sua pontuação total), analisando se, eventualmente, a autoaversão mediava a relação entre experiências traumáticas e sintomas de IAC (sua pontuação total).

Porém, antes de discutirmos os resultados fundamentais deste estudo, comparamos, primeiro, alguns dos nossos dados (no que toca a valores médios dos instrumentos/dimensões considerados no estudo) com os dados de estudos nacionais.

Considerando a distribuição das pontuações da LHA, atendendo aos pontos de corte definidos por Duarte e colaboradores (2015), apesar dos autores terem analisado uma amostra ( $n = 1008$ ) compreendendo estudantes universitárias (sexo feminino; idade média inferior à do nosso estudo;  $M = 20,76$ ) e participantes da população geral (sexo feminino; idade média de 39,48, superior à do nosso estudo; entre os 18 e 60 anos de idade), com a nossa amostra a incluir homens e mulheres, entre os 18 e os 65 anos de idade (idade média de 30,7), os valores que encontramos são similares aos dos autores, ainda que ligeiramente inferiores (nosso estudo, mulheres, IAC ausente ou mínimo = 90,3%; estudo de Duarte et al., 2015 = 92,7%; nosso estudo, mulheres, IAC ligeiro a moderado = 6,3%; estudo de Duarte et al., 2015 = 5,5%; nosso estudo, mulheres, IAC grave = 3,3%; estudo de Duarte et al., 2015 = 1,8%). Os valores encontrados pelos mesmos autores num estudo de 2014 numa amostra de mulheres da população geral e estudantes universitárias (entre os 18 e os 57 anos;  $M = 23,3$ ) aproximaram-se um pouco mais dos nossos dados (Duarte et al., 2014) (IAC ausente ou mínimo = 92,7%; IAC ligeiro a moderado = 5,2%; IAC grave = 2,1%), com os autores a referirem a concordância com os valores encontrados por Kessler e colaboradores (2013) 1,9% de prevalência da IAC ao longo da vida e de 0,8 % de prevalência de IAC por ano, tal como referenciamos na introdução. Parece que para muitos autores incluindo Kessler e colaboradores (2013) entre outros referenciados na introdução a IAC/*Binge Eating* parece ser um problema de saúde público e com baixas taxas de tratamento. Ainda relativamente à IAC, na nossa amostra, o valor médio da pontuação total da LHA revelou ser inferior ( $M = 1,11$ ) aos dos estudos de Duarte e colaboradores (2015) ( $M = 7,31$ ) e Duarte e colaboradores (2014) ( $M = 7,45$ ).

Importa ainda referir a semelhança do nosso valor médio de IMC (23,78), ainda que ligeiramente superior, e os valores médios encontrados pelos autores (Duarte et al., 2015,  $M = 22,90$ ; Duarte et al., 2014,  $M = 22,85$ ). Quanto aos valores médios obtidos nas dimensões da EMAV, estes aproximaram-se bastante dos encontrados por Castilho e colaboradores (2014) numa amostra de 604 sujeitos (estudantes e trabalhadores, entre os 18 e os 60 anos), embora o valor que obtivemos na dimensão

*cognitivo-emocional* tenha sido um pouco inferior ao dos autores (nosso estudo, *ativação defensiva*  $M = 9,33$ ; Castilho e colaboradores, 2014,  $M = 8,86$ ; nosso estudo, *cognitivo-emocional*  $M = 4,50$ ; Castilho e colaboradores, 2014,  $M = 7,39$ ; nosso estudo, *exclusão*  $M = 1,11$ ; Castilho e colaboradores, 2014,  $M = 1,08$ ; nosso estudo, *evitamento*  $M = 2,91$ ; Castilho e colaboradores, 2014,  $M = 3,30$ ).

No que toca ao valor médio obtido na TEC, de trauma total de experiências traumáticas no nosso estudo (amostra não clínica) é inferior ( $M = 2,07$ ) ao valor médio encontrado em Espírito-Santo et al., (2013) numa amostra clínica ( $M = 9,37$ ). O que seria espectável tendo em conta que a nossa amostra é não clínica.

Tal como no estudo de Palmeira e colaboradores (2017), numa amostra constituída por mulheres e homens, as mulheres relataram níveis elevados de autoaversão, tal também foi verificado no nosso estudo. Discutindo agora as associações entre a pontuação total de IAC (LHA) com as dimensões da EMAV (autoaversão), em ambos os sexos encontramos associações significativas entre aquela pontuação e as dimensões da EMAV (valores de correlação grandes, nas mulheres, em particular com a *cognitivo-emocional*/pensamentos e sentimentos acerca do eu e *evitamento*/comportamentos de evitamento e esconder de aspetos repulsivos; nos homens não se verificou associação significativa com a *exclusão* e os valores de correlação foram mais baixos). Powell e colaboradores (2014), embora não usando a EMAV (e, sim, uma metodologia qualitativa), concluíram numa amostra de 9 mulheres com sintomatologia depressiva que a autoaversão associava-se a problemas alimentares. Fox e Froom (2009), ainda que numa amostra clínica constituída por mulheres, verificaram correlações grandes entre a alimentação disfuncional e quatro emoções negativas (entre as quais o “nojo”/autoaversão), embora apenas a raiva e a tristeza tenham sido preditoras dos problemas alimentares. À semelhança do estudo de Fox e Froom (2009) Dyer e colaboradores (2015) pretenderam investigar a extensão da associação do corpo às experiências traumáticas e perceber as emoções ligadas às áreas corporais associadas ao trauma. A amostra era constituída por 97 mulheres, que por sua vez compunham 4 grupos: grupo 1 com diagnóstico com PTSD após abuso sexual infantil com PBP, o grupo 2 com diagnóstico com PTSD após abuso sexual infantil e sem PBP, o grupo 3 com diagnóstico com PBP e PTSD e o grupo 4 era o grupo de controlo.

Explorando de seguida as associações entre áreas de trauma e dimensões de autoaversão, no caso dos homens não foram encontradas associações significativas, mas nas mulheres, as pontuações totais de trauma sexual, familiar e total de experiências traumáticas associaram-se a todas as dimensões de autoaversão. De acordo com Dyer e colaboradores (2015) áreas específicas do corpo (área púbica, nádegas e coxas internas) associam-se ao trauma e estão, por sua vez, associadas a emoções aversivas como ansiedade, vergonha, culpa, desgosto, “nojo” e raiva. Em pessoas que sofreram abuso sexual infantil, parece existir perturbação do componente cognitivo-afetivo da sua imagem corporal, mas não

do componente perceptivo (Dyer et al., 2013). No nosso estudo, para além do componente cognitivo-afetivo da autoaversão, as outras dimensões de autoaversão, nas mulheres, também se associaram às áreas de trauma mencionadas imediatamente acima, incluindo, tal como no estudo dos autores, o total de trauma sexual. Dyer e colaboradores (2015) referem que naqueles pacientes, as emoções referidas podem ser desencadeadas por percepções do seu próprio corpo (o corpo pode atuar como um estímulo ativador de memórias traumáticas, o que se associa, por sua vez, a emoções aversivas).

Relativamente a associações entre trauma e pontuação total de LHA (IAC), nos homens, mais uma vez, não se verificaram associações significativas, mas nas mulheres, pontuações totais maiores de trauma sexual, familiar e total de experiências traumáticas associaram-se a uma pontuação total maior de IAC. Estudos retrospectivos sugerem que experiências traumáticas na infância (Smyth et al., 2008) e adolescência, como experiências de *bullying* por pares (Fairburn, 1998), abuso físico e sexual (Carretero-García et al., 2012), são fatores de risco para a IAC (Fairburn, 1998). O abuso sexual parece estar presente num número substancial de mulheres com experiências traumáticas com perturbações alimentares e parece existir uma ligação específica e direta entre o abuso sexual e as PCA's (Vanderlinden et al., 1993). Waller (1992) concluiu, ainda que numa amostra clínica com mulheres, que uma história de abuso sexual não se associava a sintomas bulímicos, mas que a alimentação compulsiva foi mais frequente nas mulheres que descreveram experiências sexuais indesejadas em idade precoce, ou com um membro da família. Os nossos resultados corroboram estes estudos. Já no estudo de Feinson e Hornik- Lurie (2016a), o abuso emocional na infância surgiu como um fator de risco para os sintomas de compulsão alimentar na idade adulta, algo que não verificamos no presente estudo, apesar do valor médio elevado encontrado na área de trauma emocional. Num outro estudo do mesmo ano (2016b), numa amostra com mulheres da população geral, Feinson e Hornik- Lurie o abuso emocional infantil voltou a associar-se a psicopatologia alimentar, mais do que o abuso físico ou sexual.

Também Moulton e colaboradores (2014) concluíram que, das cinco formas de trauma (abuso emocional, sexual, físico, negligência emocional e física), todas, à exceção do abuso sexual, associaram-se significativamente a psicopatologia alimentar. Gentile e colaboradores (2007) voltam a referir o abuso sexual infantil e, em menor grau, o abuso físico infantil como um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações alimentares (amostra de homens e mulheres). Caslini e colaboradores (2016) mostraram que maus tratos, abusos e/ou negligência durante a infância são um importante fator de risco para as perturbações, alimentares, com o abuso emocional e sexual na infância a associar-se positivamente à BN e à PIAC. Apesar de, no nosso estudo, ser a área de trauma sexual (ao invés da emocional) a associar-se significativamente nas mulheres à IAC (para além do trauma familiar, a propósito do qual, especificamente, não encontramos estudos), a verdade é que a pontuação total de experiências traumáticas (englobando as várias áreas de trauma) também se associou à

pontuação total de IAC, apontando, de uma forma geral, para a relevância da ocorrência de experiências traumáticas a determinar padrões alimentares disfuncionais.

Relativamente ao IMC, tal como Barry e colaboradores (2002), que verificaram que o IMC dos homens em adulto é maior do que o das mulheres, verificamos o mesmo no nosso estudo. Nos estudos de Duarte e colaboradores (2015) e Duarte e colaboradores (2014) (estes dois estudos só com mulheres) e Duarte e Pinto-Gouveia (2017b) (estudo que inclui mulheres e homens, estudantes universitários e da população geral, dos 18 aos 60 anos de idade), o IMC associou-se positivamente com a pontuação total de IAC, nas mulheres. Kessler e colaboradores (2013) verificaram que pessoas com BN e PIAC tinham significamente maior IMC do que as pessoas sem perturbação alimentar. Hudson e colaboradores (2007) também verificaram que o diagnóstico de PIAC (em toda a vida) se associava a obesidade atual grave ( $IMC \geq 40$ ). Já no nosso estudo, a associação entre IAC e IMC foi encontrada em ambos os sexos. Os dados parecem apontar para a presença de comportamentos de IAC mais marcados em pessoas com maior IMC, o que pode ser discutido e explorado de um ponto de vista cíclico: pessoas com nível maior de IAC (desde sempre ou que se desenvolvem a partir de uma dada altura na vida), podem ver o seu IMC aumentar (vários estudos confirmam isto: e.g Darby et al., 2007; Solmi et al., 2014), mas ao mesmo tempo, um IMC maior (desde a infância ou não, com maior ou menor base genética) pode estar associado a uma imagem corporal mais negativa (confirmado no nosso estudo, pelo menos na amostra feminina, dadas as correlações positivas do IMC com as dimensões de autoaversão/EMAV), condicionando a possibilidade de ocorrência de IAC's (porque estados emocionais negativos podem aumentar a ocorrência de tentativa de regulação emocional através do “comer emocional”, referido por Meule e colaboradores (2014) e Schulz e Laessle (2010)).

Curiosamente, foram os sujeitos (amostra total e subamostra feminina) que relataram ter excesso de peso ou obesidade na infância que apresentaram valores atuais (estatisticamente) maiores de IAC. Coloca-se a hipótese de o padrão disfuncional alimentar estar presente desde a infância ou na adolescência (sabe-se que o pico de padrões alimentares disfuncionais ocorre na adolescência: e.g Tanofsky-Karff et al., (2011), condicionando desde logo o IMC e a visão que sujeitos podem ter desenvolvido/mantido de si, perpetuando, ao longo do tempo o padrão disfuncional alimentar (e ciclicamente o IMC). Porém, mesmo em pessoas que não apresentassem um padrão disfuncional alimentar desde a infância/adolescência, mas por motivos genéticos tivessem um maior IMC, de novo, este IMC maior pode ter condicionado a sua “relação” com o corpo e conduzido, com o tempo, a um padrão alimentar disfuncional. No estudo de Mustelin e colaboradores (2017), com homens e mulheres da população geral, a presença transversal de características de IAC associou-se a valores mais elevados de IMC e de sofrimento psicológico. Porém, numa análise prospetiva, as características de IAC aumentaram o referido sofrimento, mas não o aumento de peso/IMC, controlando o IMC no 1º

momento de avaliação. Os autores concluem ser difícil concluir pela trajetória/caminho definitiva/o entre IAC e IMC, podendo a mesma variar dependendo dos sujeitos.

Atendendo às associações encontradas, e discutindo a análise de regressão múltipla hierárquica realizada, mesmo controlando o IMC, foi interessante verificar o papel preditivo, nas mulheres, do total de experiências traumáticas e da dimensão cognitivo-emocional da autoaversão para a IAC, tendo ficado claro que a dimensão do contributo para essa mesma IAC era maior por parte da variável proximal, autoaversão cognitiva ( $\beta = 0,534$ ), do que por parte da variável mais distal total de experiências traumáticas ( $\beta = 0,104$ ) o que parece fazer todo o sentido, acrescentando-se o facto da relação entre estas experiências e a IAC ser totalmente mediada pela autoaversão em formato de pensamentos e sentimentos negativos acerca do “eu”, como verificamos na análise de mediação. Estes resultados apontam para a hipótese colocada por Dyer e colaboradores (2013, 2015) de, na sequência, de eventos traumáticos no passado, o corpo poder servir como um estímulo ativador de emoções aversivas (numa lógica cognitivo-comportamental, os estados emocionais, associam-se a estados cognitivos), podendo, a IAC ser a forma das pessoas regularem/gerirem esses mesmo estados emocionais aversivos (“comer emocional”). O nosso resultado, aproxima-se do estudo de Duarte e Pinto-Gouveia (2017a), em que a fusão cognitiva mediou a relação das vivências de vergonha (com cunho traumático) com a IAC. No nosso estudo, a fusão cognitiva com pensamentos de autoaversão (com um componente emocional de autoaversão) encontra-se no caminho da relação entre o total de vivências traumáticas e a IAC.

Quanto às limitações do estudo, importa referir o facto das variáveis centrais do estudo terem sido avaliadas através de autorrelato, bem como o IMC e o próprio relato a propósito do peso na infância, o que pode ter enviesado alguns dos dados recolhidos. Não pode ser negada a dimensão do protocolo (um pouco extensa) relativo ao projeto onde este estudo se insere, que mais uma vez, pode ter condicionado os resultados (ainda que os valores de consistência interna encontrados não apontem nesse sentido). Também não foi controlado o estado emocional (e.g. sintomas depressivos) dos sujeitos quando responderam ao protocolo, o que pode ter influenciado a tendência de resposta. Para além disso, apesar da realização das análises de regressão e mediação, este é um estudo transversal, não permitindo retirar absolutas conclusões em termos de causalidade. Ainda assim, dado que importa entender melhor as variáveis associadas à IAC, na população geral, consideramos que o presente estudo oferece uma importante contribuição a este nível. No futuro, pode ser interessante, até no âmbito do projeto maior em que o estudo se insere, analisar as associações entre a IAC e diferentes correlatos (e.g. impulsividade, alexitimia), em simultâneo com os que exploramos neste estudo, bem como, igualmente, comparar os dados recolhidos junto da população geral, com dados recolhidos junto de amostras clínicas. Em termos de implicações, tal como no estudo de Pinto-Gouveia e colaboradores

(2016), que concluíram que o programa BEfree (que integra psicopedagogia, *mindfulness*, compaixão e ações baseadas em valores), aplicado a mulheres obesas e com excesso de peso (tendo ocorrido diminuição dos sintomas de compulsão alimentar), verificamos a importância de, tendo verificado o papel da autoaversão *cognitivo-emocional* para a IAC (ainda que na população geral em sujeitos que em média tinham um IMC próximo do normal), desenvolver programas focados em elementos explorados no BEfree (e.g. autocompaixão), no sentido de reduzir a vivência de pensamentos e emoções de autoaversão que se associam, determinantemente à IAC, particularmente em pessoas que tenham experienciado experiências traumáticas.

## 5. Referências bibliográficas

- American Psychiatric Association (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*, Quinta Edição (DSM – 5). Lisboa: Climepsi Editores.
- Amianto, F., Ottone, L., Daga, G. A. e Fassino, S. (2015). Binge-eating Disorder Diagnosis and Treatment: a Recap in Front of DSM-5. *BioMed Central Psychiatry*, 15(70), 1-22. doi: 10.1186/s12888-015-0445-6.
- Barry, D. T., Grilo, C. M. e Masheb, R. M. (2002). Gender Differences in Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 63-70. doi: 10.1002/est.1112.
- Bastos, C.L. (2008). Tempo e psicopatologia cultural das experiências traumáticas. *Revista Latino Americana de Psicopatologia Fundamental*. 11(2), 195-207. Acedido em 2, fevereiro, 2017, em <http://www.scielo.br/pdf/rlpf/v11n2/a02v11n2.pdf>.
- Bloom, S. (1999). *Trauma theory abbreviated*. Philadelphia: Community works.
- Brake, C. A., Rojas, S.M., Bdour, C. L. e Dutton, C. E. (2017). Disorders Self-disgust as a potential mechanism underlying the association between PTSD and suicide risk. *Journal of Anxiety Disorders*, 47, 1-9. doi:10.1016/j.janxdis.2017.01.003.
- Brewin, C. R., Dalgleish, T., e Joseph, S. (1996). A dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Review*, 103, 670 – 686. Acedido em 2, fevereiro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8888651>.
- Carano, A., De Berardis, D., Campanella, D., Serroni, N., Ferri, F., Di Iorio, G., ... Di Giannantonio, M. (2012). Alexithymia and Suicide Ideation in a Sample of Patients with Binge Eating Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 5-11. doi:10.1097/01.pra.0000410982.08229.99.
- Carretero - García, A., Planell, L. S., Doval, E., Estragués J. R., Escursell R.M. R. e Vanderlinden, J. (2012). Repeated traumatic experiences in eating disorders and their association with eating symptoms. *Eat Weight Disorder*, 17, 267- 273. Acedido em 12, setembro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23449080>.
- Caslini, M., Bartoli, F., Crocamo, C., Dakanalis, A., Clerici, M. E Carrà, G. (2016). Disentangling the Association Between Child Abuse and Eating Disorders: A Systematic Review and Meta Analysis, *Psychosomatic Medicine*, 78, 79- 90. doi: 10.1097/PSY.0000000000000233.



- Carreiras, D. (2014). *The Toxicity of the Self: Developing a New Measure and Testing a Comprehensive Model of the Nature of Self-Disgust*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e da Saúde. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação.
- Castilho, P., Carreiras, D. e Pinto-Gouveia, J. (2015). *The Toxicity of the Self: Development and Exploratory Factor Analysis of the Multidimensional Self-Disgust Scale*. Poster apresentado III Congresso Internacional do CINEICC. Universidade de Coimbra.
- Chapman, H.A., Kim, D.A., Susskind, J. M. e Anderson, A. K. (2009). In Bad Taste: Evidence for the Oral Origins of Moral Disgust. *Science*, 323, 1222-1225. doi: 10.1126/science.1157669.
- Cohen, J. (1992). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cordón, I. M., Pipe, M-E., Sayfan, L., Melinder, A., e Goodman, G. S. (2004). Memory for traumatic experiences in early childhood. *Developmental Review*, 24, 101-132. doi:10.1016/j.dr.2003.09.003.
- Dalgleish, T. e Power, M. J. (2004). Emotion- specific and emotion non- specific components of posttraumatic stress disorder (PTSD): implications for taxonomy of related psychopathology. *Behavior Research and Therapy*, 42, 1069-1088. doi:10.1016/j.brat.2004.05.001.
- Dakanalis, A., Clerici, M., Caslini, M., Gaudio, S., Serino, S., Riva, G. e Carrà, G. (2016). Predictors of Initiation and Persistence of Recurrent Binge Eating and Inappropriate Weight Compensatory Behaviors in College Men. *Eating Disorder*, 49, 581-590. doi: 10.1002/eat.22535.
- Darby, A., Hay, P., Mond, J., Rodgers, B. e Owen, C. (2007). Disordered eating behaviours and cognitions in young women with obesity: relationship with psychological status. *International Journal of Obesity*, 31, 876-882. Acedido em 5, outubro de 2017 em <https://www.researchgate.net>.
- DeVellis, F. R. (1991). *Scale development: Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Dom, G., De Wilde, B., Hulstijn, W. e Sabbe, B. (2007). Traumatic experiences and posttraumatic stress disorders: differences between treatment-seeking early- and late-onset alcoholic patients. *Comprehensive Psychiatry*, 48, 178-185. doi:10.1016/j.comppsy.2007.05.001.
- Duarte, C., Pinto Gouveia, J. e Ferreira, C. (2014). Escaping from body image shame and harsh self-criticism: Exploration of underlying mechanisms of binge eating. *Eating Behaviors*, 15, 638- 643. doi: 10.1016/j.eatbeh.2014.08.025.
- Duarte, C., Pinto-Gouveia, J. e Ferreira, C. (2015). Expanding binge eating assessment: Validity and screening value of the Binge Eating Scale in women from the general population. *Eating Behaviors*, 18, 41-47. doi:10.1016/j.eatbeh.2015.03.007.
- Duarte, C. e Pinto-Gouveia J. (2017a). The impact of early shame memories in Binge Eating Disorder: The mediator effect of current body image shame and cognitive fusion. *Psychiatry Research* (no prelo). doi: 10.1016/j.psychres.2017.08.086.

- Duarte, C. e Pinto-Gouveia, J. (2017b). Self-Defining Memories of Body Image Shame and Binge Eating in Men and Women: Body Image Shame and Self-Criticism in Adulthood as Mediating Mechanisms. *Sex Roles*, 77, 338-351. doi: 10.1007/s11199-016-0728-5.
- Dyer, A., Borgmann, E., Kleindienst, N., Feldmann, R. E., Jr., Vocks, S. e Bhus, M. (2013). Body Image in Patients with Posttraumatic Stress Disorder after Childhood Sexual Abuse and Co-Occurring Eating Disorder. *Psychopathology*, 46, 186 – 191. doi: 10.1159/000341590.
- Dyer, A. S., Feldmann, Jr. R. E. e Borgmann, E. (2015). Body-Related Emotions in Posttraumatic Stress Disorder Following Childhood Sexual Abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*, 24, 627–640. doi: 10.1080/10538712.2015.1057666.
- Engelberg, M. J., Steiger, H., Gauvin, L. e Wonderlich, S., A. (2007). Binge Antecedents in Bulimic Syndromes: An Examination of Dissociation and Negative Affect. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (6), 531–536 2007. doi: 10.1002/eat.
- Ekman, P. (1992). An Argument for Basic Emotions. *Cognition and Emotion*, 6 (3/4), 169-200. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.99.3.550>.
- Espírito-Santo, H., Rocha, P., Gonçalves, L., Cassimo, S., Martins, L. e Xavier, M. (2013). *The portuguese traumatic experiences checklist (TEC): psychometrics and prevalence of traumatic experiences* [Resumo de Póster apresentado no 21st European Congress of Psychiatry. Nice, France]. *European Psychiatry*, 28(1). doi:10.1016/S0924-9338(13)76554-4.
- Fairburn, C. e Beglin, S. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire?. *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363–370. doi:10.1002/1098-108X(199412)16:4b363::AID-EAT2260160405N3.0.CO;2-#.
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., e O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of general Psychiatry*, 55(5), 425-432. Acedido em 12, setembro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9596045>.
- Feinson, M.C. e Hornik-Lurie, T. (2016a). Binge Eating & Childhood Emotional Abuse: A Mediating Role for Anger. *Appetite* (no prelo). doi: 10.1016/j.appet.2016.05.018.
- Feinson, M.C. e Hornik-Lurie, T. (2016b). Not good enough: exploring self-criticism's role as a mediator between childhood emotional abuse & adult binge eating. *Eating Behaviors*, 23, 1-6. doi: 10.1016/j.eatbeh.2016.06.005.
- Fox, J. e Froom, K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 328-335. doi:10.1002/cpp.622.
- Fuller-Tyszkiewicz, M. e Mussap, A. J. (2008). The Relationship Between Dissociation and Binge Eating. *Journal of Trauma e Dissociation*, 9(4), 445-462. doi: 10.1080/15299730802226084.
- Gentile, K., Raghavan, C., Rajah, V. e Gates, K. (2007). It Doesn't Happen Here: Eating Disorders in an Ethnically Diverse Sample of Economically Disadvantaged, Urban College Students. *Eating Disorders*, 15, 405-425. doi: 10.1080/10640260701667904.

- Grilo, C. M., White, M. A., Gueorguieva, R., Wilson, G. T. e Masheb, R. M. (2013). Predictive significance of the overvaluation of shape/weight in obese patients with binge eating disorder: findings from a randomized controlled trial with 12-month follow-up. *Psychological Medicine*, 43, 1335-1344.doi: 10.1017/S0033291712002097.
- Gormally, J., Black, S., Daston, S. e Rardin, D. (1982). The Assessment of binge eating severity among obese persons. *Addictive Behaviors*,7,47-55. Acedido em 12, setembro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7080884>.
- Grupski, A. E., Hood, M.M., Hall, B.J., Azarbad, L., Fitzpatrick, S.L. e Corsica, J.A. (2013). Examining the Binge Eating Scale in Screening for Binge Eating Disorder in Bariatric Surgery Candidates. *Obesity Surgery*, 23(1), 1-6. doi: 10.1007/s11695-011-0537-4.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to Mediation, Moderation, and Conditional Process Analysis A Regression-Based Approach*. New York: The Guilford Press.
- Hudson, J.I., Hiripi, E., Pope, H.G., Jr. e Kessler, R. C. (2007). The Prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Society of Biological Psychiatry*, 61, 348-358.doi:10.1016/j.biopsych.2006.03.040.
- Ille, R., Schoggl, H., Kapfhammer, H-P., Arendsay, M., Sommer, M. e Schienle, A. (2014).Self-Disgust in mental disorders — symptom-related or disorder-specific? *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938-943. doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.020.
- Keski-Rahkonen, A. e Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry*, 29, 340-345. doi:10.1097/YCO.0000000000000278.
- Kessler, R.C., Berglund, P.A., Chiu, W.T., Deitz, A.C., Hudson, J.I., Shahly, V., ... Xavier, M. (2013).The Prevalence and Correlates of Binge Eating Disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Society of Biological Psychiatry*, 73, 904–914. doi:10.1016/j.biopsych.2012.11.020.
- Meule, A., Allison, k.C. e Platte, P. (2014).Emotional Eating Moderates the Relationship of Night Eating with Binge Eating and Body Mass. *European Eating Disorders Review*,22, 147-151. doi:10.1002/erv.2272.
- Mitchison, D., Mond, J., Slewa- Younan, S. e Hay, P. (2013). Sex differences in Health- Related Quality of Life Impairment Associated with Eating Disorder Features: A General Population Study. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (4), 375-380. doi:10.1002/eat.22097.
- Moulton, S.J., Newman, E., Power, K., Swanson, V. E Day, K. (2014). Neglect Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child Abuse & Neglect*, (no prelo). doi: org/10.1016/j.chiabu.2014.07.00.
- Mustelin, L., Bulik, C. M., Kaprio, J. e Keski- Rahkonen, A. (2017). Prevalence and Correlates of Binge Eating disorder related features in the community. *Appetite*, 109, 165-171.doi: 10.1016/j.appet.2016.11.032.
- Nijenhuis, E., Van der Hart, O. e Kruger, K. (2002). The psychometric characteristics of the traumatic experiences checklist (TEC): first findings among psychiatric outpatients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 200-210. doi: 10.1002/cpp.332.

- Nijenhuis, E., van der Hart, O., Kruger, K. e Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, reported abuse and animal defense-like reactions. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 1-10. Acedido em 4, fevereiro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15324331>.
- Oaten, M., Severson, R.J. e Case, T. I. (2009). Disgust as a Disease-Avoidance Mechanism. *Psychological Bulletin*, 135, (2), 303-321. doi: 10.1037/a0014823.
- Overton, P. G., Markland, F. E., Taggart, H. S., Bagshaw, G. L. e Simpson, J. (2008). Self-disgust Mediates the Relationship between Dysfunctional Cognitions and Depressive Symptomatology. *Emotion*, 8(3), 379-385. doi:10.1037/1528-3542.8.3.379.
- Pallant, J. (2007). SPSS: Survival manual (3º ed.). New York: Open University Press.
- Palmeira, L., Pinto-Gouveia, J. e Cunha, M. (2017). The role of self-disgust in eating psychopathology in overweight and obesity: Can self- compassion be useful? *Journal of Health Psychology* (manuscrito aceite). doi: 10.1177/13591.
- Pinto-Gouveia, J., Carvalho, S., Palmeira, L., Castilho, P., Duarte, C., Ferreira, C., ... Costa, J. (2016). Incorporating psychoeducation, mindfulness and self- compassion in a new programme for binge eating (BEfree): exploring process of change. *Journal of Health Psychology*, 1-14. doi:10.1177/1359105316676628. Acedido em 1, de outubro, 2017, em <http://self-compassion.org/wp-content/uploads/2017/01/Pinto-Gouveia2016.pdf>.
- Powell, P. A., Simpson, J. e Overton, P. G. (2013). When disgust leads to dysphoria: A three-wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 27 (5), 900-913. doi:10.1080/02699931.2013.767223.
- Powell, P., Overton, P.G. e Simpson, J. (2014). The Revolting Self: An Interpretative Phenomenological Analysis of the Experience of Self-Disgust in Females With Depressive Symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6), 562 – 578. doi:10.1002/jclp.22049.
- Robert, S., Rohana, A., Suehazlyn, Z., Maniam, Tazhar, S. e Azmi, K. (2013). The validation of the malay version of binge eating scale: a comparison with the structured clinical interview for the DSM-IV. *Journal Eating Disorders*, 1(1), 28. doi: 10.1186/2050-2974-1-28.
- Preti, A., Girolamo, G., Vilagut, G, Alonso, J, de Graaf, R. e Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43, 1125-1132. doi:10.1016/j.jpsychires.2009.04.003.
- Rosembaum, D. L. e White, K. S. (2013). The role of anxiety in binge eating behavior: a critical examination of theory and empirical literature. *Health Psychology Research*, 1(19), 85-92. doi: 10.4082/hpr.2013.e19.
- Rozin, P., Haidt, J. e McCauley, C. R. (1999). Disgust: The body and soul emotion. In T. Dalgleish & M. J. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 430-445). Chichester: Wiley.
- Rozin, P., Haidt, J. e McCauley, C.R. (2008). Disgust. In: M. Lewis, J.M. Haviland- Jones e L.F. Barret (Eds.), *Handbook of Emotions* (pp. 757-776). New York: The Guildford Press.
- Santo, Helena M. A. E; Chambel, António; Rocha, Paula. TEC - Escala das experiências traumáticas - Versão Portuguesa, 2008.

- Schulz, S. e Laessle, R.G. (2010). Associations of negative affect and eating behaviour in obese women with and without binge eating disorder. *Eating Weight Disord*, 15, 287-293. Acedido em 10, agosto, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21406953>.
- Smyth, J. M., Heron, K. E., Stephen, Wonderlich, S. A, Crosby, R. D. e Thompson, K. M. (2008). The Influence of Reported Trauma and Adverse Events on Eating Disturbance in Young Adults. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 195– 202. doi: 10.1002/eat.20490.
- Solmi, F., Hatch, S. L., Hotof, M., Treasures, J. e Micali, N. (2014). Prevalence and correlates of disordered eating in a general population sample: the South East London Community Health (SELCoH) Study. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1335-1346. doi: 10.1007/s00127-014-0822-3.
- Tabachnick, B. G. e Fidell, L. S. (2007). *Using Multivariate Statistics* (5ª ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Tanofsky- Kraff, M., Shomaker, L. B., Olsen, C., Roza, C.A., Wolkoff, L. E., Columbo, K. M., ... Yanovski, J.A. (2011). A Prospective Study of Pediatric Loss of Control Eating and Psychological Outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 120(1), 108-118. doi: 10.1037/a0021406.
- Ulfvebrand, S., Birgegard, A., Norring, C., Hogdahl, L. e Von Hausswolff-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatry Research*, 230, 294-299. doi:10.1016/j.psychres.2015.09.008.
- Vanderlinden, J., Vandereycken, W., Van Dyck, R. e Vertommen, H. (1993). Dissociative experiences and trauma in eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 187-193. Acedido em 12, setembro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8477287>.
- Waller, G. (1992). Sexual Abuse and Bulimic Symptoms in Eating Disorders: Do Family Interaction and Self-Esteem Explain the Links? [Resumo]. *International Journal of Eating Disorders*, 12(3), 235-240. Acedido em 4, fevereiro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1638336>.
- Waller, G., Babbs, M., Wright, F., Potterton, C., Meyer, C., e Leung, N. (2003). Somatoform dissociation in eating disordered patients. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 619-627.
- Yanovski, S. Z. (1993). Binge Eating Disorders: Current Knowledge and future directions. *Obesity Research*, 1, 306-324. Acedido em 4, outubro, 2017, em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16350580>.